

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

**Informovanost pacienta o anestézii před plánovaným
operačním výkonem**

**Informedness of patient on anesthesia before planned
surgery**

Martina Hušková

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina Hušková**
Osobní číslo: **Z09000044**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Informovanost pacienta o anestezii před plánovaným operačním výkonem**
Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl 1 : Zjistit, zda jsou klienti/pacienti dostatečně informováni o anestezii před plánovaným operačním výkonem.

Cíl 2 : Zjistit, jakým způsobem jsou klienti/pacienti informováni o anestezii a jaká je kvalita těchto informací.

Cíl 3 : Zjistit, zda mají klienti/pacienti obavy z možných komplikací anestezie.

1. předpoklad : Předpokládám, že budou lépe informováni o anestezii klienti/pacienti, kteří jsou hospitalizováni den před operací, než klienti /pacienti, kteří přijdou v den operace.

2. předpoklad : Předpokládám, že budou klienti/pacienti informováni o anestezii spíše písemnou formou než ústní formou.

3. předpoklad : Předpokládám, že ze strany klienta/pacienta bude spokojenost z podaných informací o anestezii, než-li nespokojenost.

4. předpoklad : Předpokládám, že budou mít menší obavy z možných komplikací anestezie klienti/pacienti, kteří anestezii již podstoupili, než klienti/pacienti, kteří podstupují anestezii prvně.

Východiska (abstrakt): Anestézie v překladu znamená znecitlivění, kterého dosáhneme pomocí působení fyzikálních nebo chemických činitelů. Anestézie je rozdělena do dvou základních skupin, na celkovou a místní (regionální). Celkovou anestézii lze kombinovat s anestézií místní.

Informovanost pacienta vidím na prvním místě. Pojem informace v původním smyslu označuje jakékoli sdělení. V pojetí věd se za informaci považuje takové sdělení, které příjemci přináší nový poznatek, jehož může být využito v rozhodování. V tomto pojetí je informací jen takové sdělení, které snižuje nebo odstraňuje neurčitost v rozhodování. Praktická část bakalářské práce zjišťuje, zda jsou klienti/pacienti před plánovaným operačním výkonem informováni o nadcházející anestezii, zda rozumí podaným informacím a jestli se obávají možných komplikací z anestezie.

Metoda : Kvantitativní

Technika : anonymní dotazník

Místo a čas výzkumu : Krajská nemocnice Liberec, a.s., prosinec 2012 - leden 2013

Vzorek : 100 klientů/pacientů

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: 50-70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

KASAL, E. a kol.: Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro LF. Praha, Karolinum 2003, 80-246-0556-2

LARSEN, R.: Anestezie : 7.vydání, přepracované a rozšířené. Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0476-5

HAŠKOVCOVÁ, H.: Práva pacientů. Komentované vydání. Havířov:

Nakladatelství Aleny Kutilové 1996, ISBN 80-902163-0-7

ADAMUS, M. a kol.: Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, ISBN 978-80-244-2425-5

HAŠKOVCOVÁ, H.: Informovaný souhlas Proč a jak? 1. vyd. Praha:

Galén, 2007, ISBN 978-80-7262-497-3

MÁLEK, J., DVOŘÁK, A. a kol.: Základy anesteziologie. 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2009, Projekt č.1072/2009

Vedoucí bakalářské práce:

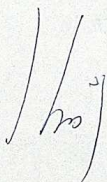
Mgr. Lenka Plívová


Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 30. října 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2013

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor




Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 29. března 2013

Studentka
Martina HUŠKOVÁ
Z09000044
Smetanova 649
549 31 HRONOV

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762


V Liberci dne 30. října 2012
č.j.: 12/8515/015358-02

Vyjádření k žádosti o ponechání tématu bakalářské práce a o prodloužení termínu odevzdání této práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 4. 10. 2012, zaevidované pod č.j.: 12/8515/015358-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu bakalářské práce „Informovanost pacienta o anestézii před plánovaným operačním výkonem“ a zároveň **souhlasím** s prodloužením termínu odevzdání bakalářské práce do 30.6.2013.

S pozdravem


Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu





4. 10. 2012
č.j. 12/8515/015358-01
TUL - 00015531

ŽÁDOST

Jméno: MARTINA HUŠKOVÁ
Ročník: 3. Osobní číslo: 209000044 Datum narození: 23.3.1990
Studijní obor: VŠEOBECNÁ SESTRA Prezenční studium*/Kombinované studium*
Adresa trvalého bydliště: SMETANOVA 649, HODKOV 549 31
Adresa určena pro doručování: KOLEJE A MELZY (BLOK A) 17. LISTOPADU 584
LIBEREC 15, 460 15
Číslo telefonu: 737 423207 E-mail: martinahuskova@email.cz

Odůvodnění

ŽÁDÁM O PONECHÁNÍ TÉMATU BAKALÁŘSKÉ PRÁCE INFORMACI
PACIENTA O ALESTÉZI, PŘED PLÁNOVANÝM OPERAČNÍM VÝKOLEM
A O PRODLOUŽENÍ TERMÍNU ODEVZDÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
DO 30.6.2013.

V LIBERCI 4. 10. 2012

datum

podpis studenta

Prohlašuji, že jsem pravdivě vyplnil/a veškeré údaje.

VYJÁDŘENÍ ÚSTAVU

Rozhodnutí ředitele:

25. 10. 2012

[Podpis ředitele]

Rozhodnutí rektora:



Studentka
Martina HUŠKOVÁ
Z09000044
Smetanova 649
549 31 Hronov

Vyřizuje: Bc. K. Pecháčková/485 353 774

V Liberci dne 16. března 2012
č.j.: 12/8518/0133-02

Vyřádření k žádosti o změně tématu bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 12.3.2012, zaevidované pod č.j.: 12/8518/0133-01, Vám sděluji, že **souhlasím** se změnou tématu bakalářské práce.

Nové téma bakalářské práce: „Informovanost pacienta o anestezii před plánovaným operačním výkonem“.

S pozdravem


doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.
ředitel





ŽÁDOST

Jméno: HUŠKOVÁ MARTINA
Ročník: 3 Osobní číslo: 204000044 Datum narození: 23.3.1990
Studijní obor: VŠEOBECNÁ SESTRA Prezenční studium*/ Kombinované studium *
Adresa trvalého bydliště: HROZOV, SMETANOVA 649, HROZOV 549 51
Adresa určena pro doručování: HROZOV, SMETANOVA 649, HROZOV 549 51
Číslo telefonu: 737 42 32 07 E-mail: martinahuskova@email.cz

Odůvodnění

Žádám o nové téma bakalářské práce. Informovanost pacienta o anestezii před plánovaným operačním výkonem. Se souhlasem paní Mgr. Plíkové.

Mgr. Lub Plíková

v LIBERCI 7.3.2012

datum

Huškova

podpis studenta

Prohlašuji, že jsem pravdivě vyplnil/a veškeré údaje.

VYJÁDŘENÍ ÚSTAVU

Rozhodnutí ředitele:

Plíková
14.3.2012 *YLP*

Rozhodnutí rektora:



P r o h l á š e n í

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č.121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

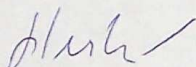
Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval (a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 30.4.2013

Podpis:



Poděkování:

Děkuji paní magistře Lence Plívové za odborné vedení, cenné rady a podněty při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji všem pacientům, za jejich čas a spolupráci při vyplňování dotazníků. Za projevenou dlouhodobou podporu při studiu chci také poděkovat své rodině, která mi byla velkou oporou.

ANOTACE

Jméno a příjmení autora: Martina Hušková

Instituce: Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

Název práce: Informovanost pacienta o anestézii před plánovaným
operačním výkonem

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Plívová

Počet stran: 92

Počet příloh: 5

Rok obhajoby: 2013

Souhrn: Bakalářská práce je zaměřena na problematiku poskytování informací o anestézii před plánovaným operačním výkonem v Krajské nemocnici Liberec. V teoretické části je obecně shrnuta charakteristika podstatných znaků informovanosti, informovaného souhlasu, vystihnutí pojmu anestézie a zaměření na její možné komplikace. Praktická část bakalářské práce zjišťuje, zda jsou pacienti/klienti před plánovaným operačním výkonem informováni o nadcházející anestezii, zda rozumí podaným informacím a jestli se obávají možných komplikací z anestezie.

Klíčová slova: informovanost, pacient/klient, anestézie

ANOTATION

Name and surname: Martina Hušková

Institution: Technical University of Liberec, Institute of Health Studies

Title: Informedness of patient on anesthesia before planned Surgery

Supervisor: Mgr. Lenka Plívová

Pages: 92

Appendix: 5

Year: 2013

Summary: This bachelory thesis is interest in giving informations about anesthesia before planned surgery in Krajská nemocnice Liberec. In theoretical part is described characteristic of patient informedness, informedness agreed, capture a term anesthesia and possibly complications. In practical part is discovered, if patients are informed about anesthesia before planned surgery, if they understand to received informations, and if patients are worried about possibly complications.

Key words: informedness, patient/klient, anesthesia

OBSAH

1	ÚVOD	16
2	TEORETICKÁ ČÁST	17
2.1	Charakteristika informovanosti	17
2.1.1	Pojem informace	17
2.1.2	Strategie informovanosti	18
2.1.3	Poučení pacienta/klienta lékařem	18
2.1.4	Pravidla komunikace	19
2.1.5	Poučení pacienta/klienta zdravotní sestrou	21
2.1.6	Informovaný souhlas	21
2.1.7	Práva pacientů	26
2.2	Charakteristika anestézie	26
2.2.1	Rozdělení anestézie	27
2.3	Celková anestézie	27
2.3.1	Inhalační anestézie	28
2.3.2	Intravenózní anestézie	29
2.3.3	Stadia celkové anestézie	30
2.3.4	Nejčastější komplikace při celkové anestézii	31
2.4	Regionální anestézie	35
2.4.1	Rozdělení regionální anestézie	35
2.4.2	Komplikace regionální anestézie	37
2.5	Příprava a vyšetření pacienta před výkonem v celkové a místní anestézii	40
2.5.1	Předoperační příprava	40
2.5.2	Rozdělení předoperačního vyšetření	41
2.5.3	Předoperační příprava z časového hlediska	41
2.5.4	Předanestetické vyšetření	42

2.5.5	Premedikace	44
2.5.6	Stanovení operačního rizika.....	44
2.6	Role anesteziologické sestry	45
3	VÝZKUMNÁ ČÁST	49
3.1	Metodika práce.....	49
3.2	Cíle práce	49
3.3	Formulace hypotéz	49
3.4	Charakteristika použité metody práce	50
3.5	Výzkumný vzorek	50
3.6	Organizace výzkumu a zpracování získaných dat	51
4	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ.....	52
5	DISKUZE	80
6	ZÁVĚR	87
7	NÁVRH DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	88
8	SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	89
9	SEZNAM PŘÍLOH	92

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

aj.	a jiné
atd.	a tak dále
apod.	a podobně
a.s.	akciová společnost
ABR	acidobazická rovnováha
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
ASA	American Society of Anesthesiologists
CNS	centrální nervový systém
č.	číslo
ČR	Česká republika
EKG	elektrokardiografie
FF	fyziologické funkce
ICHS	ischemická choroba srdeční
i.v.	intravenózní
JIP	jednotka intenzivní péče
KNL	Krajská nemocnice Liberec
KPR	kardiopulmonální resuscitace
MAC	minimální alveolární koncentrace
např.	například
tab.	tabulka
TEN	trombembolická nemoc

tzv.	takzvané
P/K	pacient/klient
pozn.	poznámka
RTG	rentgen

ÚVOD

Informovaný souhlas je v dnešní době důležitým nástrojem komunikace ve zdravotnictví, bez kterého nelze pacienta léčit. Informovanost pacienta vidím na prvním místě. Je to základ celého léčebného procesu a jedním ze základních práv pacienta. Pacient má právo být informován o svém zdravotním stavu, léčebných zákrocích, které má podstoupit, možnostech terapie a možných rizicích léčby. V současnosti jsou poměrně rozsáhlé možnosti zdrojů, kde mají pacienti možnost informace čerpat: ošetřující lékař, zdravotní sestry, odborná literatura, internet, ostatní pacienti, rodina a přátelé či různá speciální pracoviště.

Anestezie – ztráta citlivosti, patří v dnešní moderní medicíně neodmyslitelně k operačním výkonům. Zajišťuje, že pacient v době výkonu neucítí bolest a operátor bude mít pro svůj výkon co nejlepší podmínky. V dnešní době jsou lékaři schopni individuálně každému pacientovi připravit anestézii přímo na „tělo“ podle jeho diagnózy, věku a případných zdravotních rizik. Anestezie je rozdělena do dvou základních skupin, na celkovou a místní (regionální). Celkovou anestézii lze kombinovat s anestézií místní.

Pacient, který přichází do nemocnice na provedení operačního výkonu je plný obav a nejistoty z neznámého prostředí ve kterém se ocitnul, z neznámých lidí, má strach z bolesti, narkózy a bezmocnosti po operaci. Proto je důležité, aby se zdravotnický personál již od prvního kontaktu s nemocným choval přátelsky, byl pozorný, chápavý a trpělivý, dokázal se vcítit do obav pacienta a dokázal ho náležitě uklidnit.

Tématem své bakalářské práce jsem si zvolila: „Informovanost pacienta o anestézii před plánovaným operačním výkonem“, tedy problém, který mě bohužel provází po celou dobu mé odborné ošetrovatelské praxe. Je to problém podávání informací pacientům před operačním výkonem. Bohužel se někdy stáváme svědkem události, že má pacient těsně před provedením operačního výkonu mnoho otázek, které měly být již dávno zodpovězeny.

Cílem bakalářské práce je zmapovat pomocí kvantitativního anonymního dotazníku, zda jsou pacienti/klienti před plánovaným operačním výkonem informováni o nadcházející anestezii, zda rozumí podaným informacím a jestli se obávají možných komplikací z anestezie.

1 TEORETICKÁ ČÁST

Tato bakalářská práce se ve své teoretické části zabývá popisem problematiky informovanosti pacientů/klientů před proděláním anestézie, základním rozdělením anestézie, včetně jejích možných komplikací a nutností předoperačního vyšetření.

1.1 Charakteristika informovanosti

Část věnovaná charakteristice informovanosti pojednává o způsobu podávání informací, o poučení pacienta/klienta lékařem a zdravotní sestrou, uvádí základní požadavky komunikace ve zdravotnictví, dále popisuje informovaný souhlas, způsoby jeho podání a práva pacientů.

1.1.1 Pojem informace

V pojetí věd se za informaci považuje takové sdělení, které příjemci přináší nový poznatek, kterého může být využito v rozhodování. V tomto pojetí může být za informaci považováno jen takové sdělení, které snižuje nebo odstraňuje neurčitost v rozhodování. Informace musí mít jistou formu, která je srozumitelná pro příjemce. Je to požadavek, který vyplývá ze základních pravidel komunikace. Má-li informace splnit určitý účel, musí být formulována tak, aby jí člověk porozuměl. Zásada srozumitelnosti při předávání informací ve zdravotnictví bývá však často porušována. Lékaři volí při rozhovoru s pacientem/klientem (dále jen P/K) odborné výrazy, kterým P/K mnohdy nerozumí. Tato komunikace se pak tedy považuje za neefektivní. V písemných materiálech je vhodné, aby byly odborné termíny definovány pro pochopení všech laiků (4).

Mají-li mít data a údaje informační hodnotu, plnit své informační funkce, musí splňovat určitá kritéria.

Ty nejdůležitější jsou:

- Informace musí být vždy pravdivé a musí odpovídat objektivní skutečnosti.
- Informace by měly být jednoznačné, jasně formulované, pokud možno s malým množstvím odborných výrazů.

- Informace je třeba formulovat tak, aby byla zajištěna pozitivní motivace příjemce.
- Písemné materiály by měly mít dokonalou formální úpravu, neměly by zde chybět vysvětlivky odborných výrazů (4).

1.1.2 Strategie informovanosti

Úmluva o lidských právech a biomedicíně (kap. III, čl. 10) zahrnuje ochranu soukromí a právo získání informací.

- *„Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví.“*
- *„Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebýt takto informován je nutno respektovat.“*
- *„Ve výjimečných případech mohou být práva uvedená v předchozím bodu omezena zákonem, je-li to v zájmu pacienta.“* (Haškovcová, 2007, str. 23)

Zdravotníci jsou povinni chránit soukromí každého pacienta. Zacházejí správným způsobem se zdravotnickou dokumentací a nesdělují citlivé informace o daném pacientovi žádným cizím osobám. Sám P/K má právo zvolit si nejbližší osobu, které mohou být informace o jeho zdravotním stavu podávány a která má i možnost nahlížet při nějaké nejasnosti do jeho zdravotnické dokumentace. V minulosti rozhodoval pouze lékař, zda informovat nebo neinformovat nemocného. Nyní je toto právo výhradně v rukou P/K. Ten rozhoduje, zda chce nebo naopak nechce být informován o svém zdravotním stavu (5).

1.1.3 Poučení pacienta/klienta lékařem

Poučení pacienta o postupu při anestezii je z medicínských, psychologických a právních důvodů nezbytné. V průběhu předoperačního období by měl lékař P/K řádně informovat o diagnóze, důvodech, urgentnosti a rizicích operačního výkonu i jeho průběhu. Základem poučení je tedy rozhovor mezi lékařem a P/K, který je založený na důvěře. Na konci vysvětlujícího pohovoru a poučení musíme získat výslovný souhlas

pacienta s navrhovanými i potřebnými opatřeními. Poučení P/K o riziku operace musí být přiměřené rozsahu a naléhavosti operačního výkonu (12).

Dále do lékařských kompetencí patří diagnostika, léčba a další následné rozhodnutí o léčebných postupech. Lékař s pacientem a jeho rodinou hovoří o možnostech léčby, o prognóze zdravotního stavu pacienta. Diskutuje s pacientem o léčebném plánu a případné změně terapie. Lékař pacienta informuje o příjmu, hospitalizaci a také o možnosti nahlédnutí do zdravotnické dokumentace. Pokud chce lékař publikovat pacientovu kazuistiku, musí si také od pacienta vyžádat souhlas. Lékař dále vyřizuje žádost o převzetí, překlad či propuštění pacienta (12).

Mnohdy jsou bohužel pacienti z předání informací nespokojeni. Nejen z důvodu nedostatku informací, ale i z pocitu lhostejnosti lékaře nebo způsobu jakým jsou informace sděleny (ve spěchu, příliš odborně atd.). V důsledku nepříjemné atmosféry se často bojí i zeptat, na to co je zajímavá či dokonce trápí. V takovém případě to má nepříznivý dopad na pacientovu psychiku.

Správně vedeným rozhovorem, vědomostmi a využíváním komunikačních dovedností mají lékaři možnost získat informace, pozitivně ovlivnit pacienta, edukovat jej, motivovat a přesvědčit ke vhodné spolupráci. Komunikace je nezbytná, nezvratná, neopakovatelná a náročná situace, kterou se zdravotníci učí zvládat v průběhu celé své praxe (12).

1.1.4 Pravidla komunikace

Zdravotnický personál by si měl uvědomit, že P/K přijati do nemocnice na provedení operačního výkonu přichází do prostředí, které neznají, mnohdy jim není dobře a mají obavy z toho, co se s nimi bude dít. Často nerozumí odborným výrazům, které jsou pro zdravotníky běžné. Všechno toto by si zdravotníci měli uvědomit a při komunikaci s P/K na to myslet. Pacient/klient potřebuje pocit jistoty a důvěry ve zdravotnický personál, dostatečné informace a pocit sebeúcty (22).

Požadavky na lékaře

1. Poslouchajte pacienta vždy pozorně.
2. Vysvětlíte vždy všechno jasně a srozumitelně. Vytvořte si zpětnou vazbu a ujistěte se že, vám pacient porozuměl.

3. Hovořte s pacientem pravidelně o prevenci.
4. Buďte poctiví a čestní.
5. Vypjte se pacienta na všechno, co by mohlo vaši spolupráci stěžovat.
6. Zachovejte vždy důvěrnost informací získaných od pacienta.
7. Respektujte pacientovo přání.
8. Nekritizujte veřejně pacienta.
9. Během rozhovoru udržujte oční kontakt.
10. Respektujte pacientovo soukromí.
11. Dejte pacientovi najevo svou emoční podporu.
12. Stanovte jasnou diagnózu, a pokud to je možné seznámte s ní pacienta způsobem, který je pro něj přijatelný a srozumitelný.
13. Vystupujte před pacienty vždy v nejlepším světle.
14. Upravený oděv je nezbytnou součástí.
15. Nepožadujte od pacientů finanční podporu (9).

Požadavky na pacienty

1. Ptejte se lékaře na vše, co považujete za nejasné nebo nesrozumitelné.
2. Poskytněte lékaři všechny nutné informace.
3. Dodržujte pečlivě všechny lékařovy pokyny.
4. Buďte k lékaři upřímní.
5. Nedělejte si nepřiměřené nároky na lékařův čas.
6. Důvěřujte svému lékaři.
7. Respektujte lékařovo soukromí.
8. Sdělte lékaři všechny své problémy najednou, nenechávejte si je pro sebe.
9. Při rozhovoru udržujte oční kontakt.
10. Sdělte lékaři všechny své pochybnosti, ať už se týkají čehokoliv (9).

Požadavky na zdravotní sestru

1. Komunikujte formou dialogu, buďte empatické.
2. Používejte povzbuzení, objasnění, shrnutí, ocenění.
3. Používejte vždy vhodné složení otázek a střídme odborné terminologie.
4. Respektujte mezigenerační rozdíly a používejte formální oslovení P/K.
5. Nezapomeňte na zpětné ověřování pochopených informací.

6. Zachovejte autonomii P/K, vyhýbejte se agresí, nehádejte se a mluvte klidně.
7. Nastavte si limity, objasněte roli sestry a některé věci si neberte osobně (24).

1.1.5 Poučení pacienta/klienta zdravotní sestrou

Protože řadu výkonů jak diagnostických, tak léčebných provádějí střední a vysokoškolští zdravotničtí pracovníci, musí i tito podávat mnoho informací. Záleží na komunikačních schopnostech sestry, jakým způsobem podá pacientovi informace, či zodpoví jeho otázky v rámci své kompetence.

Všeobecná sestra, sestra specialista i zdravotnický asistent jsou oprávněni, ale i povinni poučit pacienta o postupu při konkrétním zdravotnickém výkonu, který sami v rámci své působnosti oprávněně provádí. Sestry-specialistky poučují nejen o postupu při ošetřování, o pomůckách, ale i o prevenci, komplikacích a možných rizicích ošetrovatelské péče. Naopak všeobecná sestra, sestra specialista ani zdravotnický asistent nejsou oprávněni poučovat pacienta o operaci, které se má podrobit, o jejích komplikacích, nebo podrobně poučovat pacienta nebo rodinné příslušníky o zdravotním stavu nebo doporučovat určitou terapii (18).

Pacienti jsou vůči sestře otevřenější a často jí kladou i otázky, které by měly být směřovány k lékaři. Sestra někdy zodpovídá i tyto dotazy, ale v důsledku neznalosti může informovat nepřesně. Proto je třeba, aby sestra rozuměla podstatě věci. Také není výjimkou, že se chce pacient na vše zeptat ještě jednou, protože si získané informace potřebuje ověřit a utřídit. Je tedy nutné, aby lékař i sestra mluvili stejně nebo podobně, neboť pacient má nárok na jednolitý tok informací (6, 7).

1.1.6 Informovaný souhlas

Každá anestézie vyžaduje, stejně jako jiné lékařské výkony a úkony, poučený informovaný souhlas pacienta. *„Nezbytnost poučeného souhlasu vychází z ochrany lidské osobnosti a její integrity a z práva sebeurčení pacienta v rozhodování o neporušení nebo o vstupu do integrity jeho organismu.“* (Larsen 2004, str. 911)

Zákon o péči zdraví a lidu uvádí, že informuje zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného povolání. V zásadě lze doporučit, aby poučoval vždy ten, kdo zákrok provede nebo povede. Informovaný souhlas s anestézií by měl tedy pacientovi

předkládat výhradně lékař anesteziolog. Lékař v žádném případě nemůže přenechat tuto odpovědnost na všeobecné sestře nebo na zdravotnickém asistentovi. Informovaný souhlas s anestézií (viz příloha č. 2) musí lékař předat P/K ústní formou, v případě poučení pacienta o podání anestézie je nutné písemné potvrzení o předání souhlasu (16).

Poučený souhlas pacienta s podáním anestézie je platný pouze při správně provedeném postupu, kdy je nejdříve pacientovi poskytnuta informace, následuje vysvětlení a nakonec poučení pacienta.

Pacient/klient před plánovaným výkonem :

- Ví, jaký typ anestezie podstoupí.
- Je dostatečně informován o dalších možných alternativách, které by mohly nastat v případě operace.
- Zná důvod, rozsah, závažnost i bolestivost výkonů spojených s podáním anestézie.
- Ví možná rizika i následky spojené s anestézií i s operací. Je dostatečně informován o léčebném režimu po operaci.
- Zná možné důsledky, pokud by výkon odmítl (12),

Je důležité poučení pacienta a provést písemné potvrzení. Informovaný souhlas musí obsahovat datum a podpis pacienta, datum a podpis zdravotnického pracovníka, který poučení pacienta provedl. Pokud není pacient schopen souhlas podepsat, musí být poučení přítomen svědek, který podpisem potvrdí řádné provedení o poučení pacienta (5).

V etickém kodexu Práv pacientů nacházíme ustanovení o tom, že každý pacient má právo:

- Získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením operačního zákroku bez pochyby říct, zda s ním souhlasí či ne.
- Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena.
- Pokud existuje více alternativních postupů, má právo na seznámení s nimi. Rovněž má právo znát jména osob, která se na nich účastní (6).

Problematicke informovaného souhlasu je v současné době věnována velká pozornost, jak právníků, tak i vedení zdravotnických zařízení. Je nepochybné, že v

současné době je důležitá komunikace s pacientem. P/K je nutno informovat o všech okolnostech týkajících se lékařského či zdravotnického zákroku. Informace musí být pravdivé, kvalifikované a musí probíhat formou rozhovoru s pacientem, nikoli pouze písemnou formou (13). „*Informovaný souhlas je právním úkonem, v němž je rozhodujícím způsobem, tedy svobodně, vážně, určitě a srozumitelně projevena vůle pacienta*“ (Haškovcová, 2007, str. 27).

Formy informovaného souhlasu

- **Ústně** - P/K podá svůj souhlas ústní formou. Tato forma souhlasu např. postačí před provedením EKG, změření krevního tlaku či aplikace injekce proti bolesti.
- **Konkludentně** – P/K dává najevo určitým gestem svůj souhlas. Např. P/K nastaví paži, čímž dává konkludentně souhlas ke změření krevního tlaku.
- **Písemně** - Písemná forma, která je nutná před operačním výkonem, závažnějším zejména invazivním vyšetřením jako je např. gastrokopie.

Ústní ani konkludentní souhlas není prokazatelný a P/K je může zpochybnit, nebo dokonce popřít. Písemná forma slouží případně i jako forenzní doklad. Je psána odborným jazykem. Vždy musí písemnému informovanému souhlasu předcházet ústně prezentované informace (5).

Obsah informovaného souhlasu

V každém případě musí informovaný souhlas obsahovat:

- Stručné poučení o zamyšleném diagnostickém či léčebném programu.
- Případná rizika, která se k výkonu váží.
- Několik otázek, na které P/K odpovídá ANO či NE.
- Otázky sloužící jako kontrola toho, že P/K sděleným informacím a uvedenému písemnému poučení porozuměl.
- Prohlášení, že s osobními daty a s údaji o zdravotním stavu nemocného bude zacházeno důvěrně a bude zajištěna jejich náležitá ochrana.

- Je zaznamenáno, že P/K byl ústně informován lékařem a že měl možnost se ho podle potřeby doplňujícím způsobem ptát.
- Datum a podpis P/K a lékaře, který údaje a poučení poskytl.

P/K by si měl informovaný souhlas náležitě přečíst a zdravotníci by mu měli na tuto činnost poskytnout dostatek času. Doporučuje se, aby byl písemný souhlas vyhotoven ve dvou exemplářích, přičemž jeden se stává součástí zdravotnické dokumentace a druhý je poskytnut do rukou pacientovi (6).

Způsobilost k informovanému souhlasu

Aby byl poučený souhlas považován za platný, musí být P/K ve stavu, který mu umožňuje rozpoznat význam a dosah a jeho rozhodnutí. K vyjádření poučeného souhlasu je v zásadě způsobilý každý duševně zřejmě zdravý člověk starší než 18 let. Mladiství ve věku od 15 do 18 let mohou být rovněž způsobilí k poučenému souhlasu při splnění podmínky, že rozpoznají význam a dosah péče, její rizika a nerozhodují ukvapeně nebo nerozumně. Děti mladší než 15 let jsou naproti tomu zásadně nezpůsobilé k vyjádření poučeného souhlasu (12).

Nezpůsobilost pacienta/klienta dát informovaný souhlas

Pokud není P/K způsobilý dát poučený souhlas, musí o výkonu rozhodnout osoby k tomu náhradně pověřené a oprávněné. U dětí, které ještě nedosáhly 15 let věku, vychází poučený souhlas podle právních předpisů od obou rodičů. V případě akutních výkonů nebo nedosažitelnosti jednoho rodiče postačuje poučený souhlas jednoho z rodičů. U pacientů zbavených způsobilosti k právním úkonům rozhoduje o poučeném souhlasu její zákonný zástupce-opatrovník.

V případě, že je P/K v bezvědomí nebo v ohrožení života, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení určitého výkonu. Existuje i tzv. „předem vyslovené přání“, které umožňuje P/K pro případ, že nebude schopen rozhodovat schválit či zakázat konkrétní zákrok. Předem vyslovené přání nelze respektovat, pokud nabádá k činnostem, které by se rovnaly provedení aktivní eutanazie. Členové rodiny a osoby

pacientovi blízké nejsou jeho zákonnými zástupci, kteří by měli právo za P/K rozhodovat. Lze se jich pouze dotázat na předpokládané přání P/K (12).

Zpochybnění informovaného souhlasu

I přes dobře vypracovaný informovaný souhlas může dojít k jeho zpochybnění a následnému prohlášení za neplatný. Jedním z důvodů může být nepoučení pacienta ústní formou, podepsání souhlasu v časové tísní či pod vlivem premedikace, drog, alkoholu nebo dokonce pod vlivem nátlaku kdy byl P/K donucen jej podepsat (5).

Odvolání informovaného souhlasu

Změna rozhodnutí P/K musí být vždy respektována. Odvolání informovaného souhlasu se vztahuje na plánované úkony, pacient nemusí sdělovat důvody svého rozhodnutí. Lékař nemá v tomto případě výkony provést, není ani zodpovědný za následky. Pacient má být vždy seznámen s důsledky takového rozhodnutí. Prohlášení pacienta – negativní revers má důkazní význam. Nemůže-li ho pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat nebo odmítá-li záznam o prohlášení podepsat, opatří se záznam jménem svědka, který byl projevu odmítnutí přítomen, a uvedou se důvody, pro něž se pacient nepodepsal . Odvolání se nikdy nemůže týkat již provedených výkonů (5).

Neposkytnutí informovaného souhlasu

Při provedení diagnostického nebo léčebného výkonu u pacienta bez informovaného souhlasu je realizace takového výkonu považována za protiprávní. Existují výjimky jako neodkladná řešení, stav nouze a to v případě, že je člověk v bezvědomí nebo jde o osoby, které jeví známky intoxikace či známky duševní choroby a ohrožují sebe nebo své okolí (5).

1.1.7 Práva pacientů

Po dlouhá staletí neměli pacienti žádná práva a byli plně závislí na lékaři. V demokratické společnosti jsou lidská práva a individuální svobody vysoce ceněny a lidé si přejí, aby měli dostatek informací i v době nemoci a aby i v této situaci mohli o sobě rozhodovat nebo alespoň spolurozhodovat. Pacienti mají v dnešní době možnost získat více informací, být zaangažovanější na léčbě, ale současně nesou za svoje rozhodnutí a chování i větší odpovědnost. Nechtějí být jenom pasivní účastníci, chtějí se aktivně podílet na svém léčebném procesu. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí nebo nesouhlasí (5).

První formulování základních Práv pacientů se objevilo až v sedmdesátých letech minulého století. V České republice jsou práva pacientů poměrně krátkou záležitostí. Česká verze etického kodexu Práva pacientů byla koncipována na základě Vzorových práv pacientů, která byla zveřejněna v roce 1985 Americkým svazem občanských svobod. „*Definitivní českou verzi Práv pacientů formulovala a vyhlásila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky dne 25. února 1992.*“ (Haškovcová, 2007, str. 17).

Práva pacientů patří dospělým lidem, kteří se ocitli v roli nemocných (viz příloha č. 4). Děti a mladiství nejsou právně způsobilí a péče o ně má specifický charakter. I oni mají určitá práva, která jsou uvedena v Chartě hospitalizovaných dětí (8).

1.2 Charakteristika anestezie

V této kapitole rozdělují anestézii na dvě základní skupiny a uvádím její možné komplikace, dále se zabývám předoperačním vyšetřením a náplní práce anesteziologické sestry. Stručně popisují základní pojmy anesteziologie, které jsou:

Anesteziologie – je základní lékařský obor, jehož náplní práce je resuscitační a intenzivní péče. Do anesteziologické péče spadá příprava na operační výkon, vedení anestezie během operace a pooperační péče (23).

Anestezie – je cíleně navozená ztráta vnímání veškerého cití a to dotyku, tepla, chladu a bolesti. Základním požadavkem je reverzibilita, tedy navrácení organismu do původního stavu (10).

Analgezie – léčebný postup, jehož výsledkem je snížená nebo úplná ztráta vnímání bolesti (1).

Analgoosedace - je analgezie spojená s větším či menším útlumem vědomí. Dělí se na dvě skupiny podle hloubky zachovaného vědomí (1).

1.2.1 Rozdělení anestezie

Podle toho, zda při anestezii je nebo není zachované vědomí, dělí se na:

- Anestezii celkovou, která je spojena se ztrátou vědomí.
- Anestezii místní (lokální, regionální), při které je vědomí zachováno (10).

1.3 Celková anestezie

Celková anestezie, je řízená přechodně navozená ztráta vědomí. Celkovou anestezii může v ČR podávat pouze anesteziologický tým tvořený anesteziologem i sestrou oboru anesteziologie a resuscitace. Cílem celkové anestezie je zajistit, aby P/K při operačním výkonu nepocíťoval bolest, došlo k odstranění vegetativních reakcí na bolest při vyřazeném vědomí a zabezpečení prostřednictvím svalové relaxace co nejvhodnějších podmínek pro operátora (10, 19). Lze hovořit o třech základních atributech, které musí celková anestezii splnit, tzv. anesteziologická trias:

- **Vyřazení vědomí (hypnotický efekt)** – tzv. zaspání výkonu a následná amnézie na prodělaný výkon, na rozdíl od fyziologického spánku nelze P/K okamžitě probudit. Tohoto stavu lze dosáhnout pomocí nitrožilních nebo inhalačních anestetik.
- **Analgezie a vyřazení nežádoucích reakcí na nociceptivní stimuly** – dochází k odstranění vnímání bolestivých podnětů v průběhu operačního výkonu. Bolestivé podněty nebo reakce na ně lze potlačit opiody nebo pomocí inhalačních anestetik (1).
- **Svalová relaxace různého stupně** – pomocí periferních svalových relaxancií

dochází k úplnému uvolnění kosterních svalů, včetně dýchacích. Proto je důležité, aby periferní svalová relaxancia aplikoval lékař, který umí zajistit umělou plicní ventilaci. Po samotném podání těchto léčiv je P/K nehybný, apnoický, je stále při vědomí a má stále zachované vnímání bolestivých podnětů. Hypnotické a analgetické složky dosáhneme pomocí léčiv uvedených výše. Svalová relaxace tedy zajišťuje vhodné a bezpečné podmínky pro operátora. Neboť každý sebemenší neočekávaný pohyb nemocného může mít katastrofální a nevratné následky (1, 21).

Podle místa vstupu anestetika do organismu rozdělujeme celkovou anestezii na:

- **inhalační** – anestetika jsou přivedena do dýchacích cest v úvodu a během vedení anestezie;
- **intravenózní** – anestetika jsou aplikována do žíly v úvodu a během anestezie;
- **intramuskulární** – anestetika jsou aplikována do svalu v úvodu anestezie.

Podle klinické charakteristiky dělíme celkovou anestezii na:

- **doplňovanou (vyvažovanou)** – kdy je celková anestezie navozena po podání preparátů různých farmakologických skupin. Je to nejčastěji používaný anesteziologický postup, který kombinuje inhalační anestezii, intravenózní, opioidy a myorelaxancia.
- **kombinovanou** – celková anestezie je kombinovaná s místní (1, 10).

1.3.1 Inhalační anestezie

Inhalační anestetika se dostávají do organismu plícemi, odtud je krev transportuje do tkání. Cílovým orgánem je mozek, kde působí na synapsích. Ideální inhalační anestetikum by mělo zajistit rychlé usnutí a probuzení z celkové anestezie, dobrou řiditelnost účinku a také možnost okamžité změny hloubky anestezie, dostatečný analgetický účinek a navození svalové relaxace, vysoký index bezpečnosti a žádné toxické účinky (12).

Účinnost inhalačních anestetik je nutné zhodnotit pomocí tzv. minimální alveolární koncentrace – MAC. „Je definována jako nejnižší alveolární koncentrace při níž 50% anestetizovaných osob nereaguje obranným pohybem na incizi kůže.“ (Zemanová, 2002, str. 36). K provedení operačního výkonu je třeba okolo 1,3 – 1,5

MAC. Minimální alveolární koncentrace se snižuje při kombinaci inhalačních anestetik s jinými anestetiky, hypnotiky nebo sedativy, dále také např. v těhotenství nebo v hypotermii (19).

Výhodou inhalační anestezie je relativně dobrá říditelnost (přívod do organismu je možné snižovat i zvyšovat). Naopak nevýhodou je úvod do anestezie samotným inhalačním anestetikem, který trvá delší dobu. Při inhalačním úvodu je také nutné použít vyšších koncentrací anestetika, což může mít negativní vliv na zachování vegetativní stability člověka.

Inhalační anestetika se dělí na:

- plynná – Oxid dusný (rajský plyn)
- kapalná – sevofluran, izofluran, enfluran, desfluran, halotan (1)

1.3.2 Intravenózní anestezie

Je vyvolána nitrožilním podáním anestetika, které je dopraveno krví k mozku jako cílovému orgánu. Hlavní výhodou je rychlý nástup účinku. Mozek dostává 20 % minutového objemu srdečního, rychle v něm stoupne koncentrace anestetika a nastane bezvědomí (14).

Slouží k úvodu do celkové anestezie i jejímu vedení. Většina intravenózních anestetik nemá žádný nebo jen nedostatečný analgetický účinek. Proto jsou kombinována s opioidy a dalšími látkami (sedativa, hypnotika, inhalační anestetika). Mohou být kombinována i s místní anestézií.

Předností intravenózních anestetik ve srovnání s inhalačními je především rychlý a jednoduchý úvod do anestezie. Naopak nevýhodou je, že po aplikaci injekce s i.v. anestetiky již není možné dalšího ovlivnění. Zatímco účinek inhalačních anestetik je možné změnit v průběhu krátké doby (1).

Používaná intravenózní anestetika:

- Thiopental je derivát kyseliny barbiturátové a patří k nejstarším nitrožilním anestetikům. Nemá žádné analgetické účinky, snižuje nitrolební tlak, snižuje metabolismus neuronů.

- Etomidát je hypnotikum bez analgetických účinků, který je užíván k úvodu celkové anestezie. Používá se hlavně u rizikových nemocných, snižuje nitrolební a nitrooční tlak.
- Propofol je hypnotikum bez analgetických účinků, rychlé, příjemné usínání, krátké trvání. Musí se dodržet pomalá rychlost podávání, jinak vzniká apnoe (1 minuta) po bolusovém podání.
- Ketamin je odlišná látka od ostatních anestetik. Výrazně tlumí somatickou bolest. Nejčastěji v kombinaci s dalšími anestetiky a analgetiky. Zvyšuje spotřebu kyslíku v myokardu, zvyšuje dechovou frekvenci (1).

1.3.3 Stadia celkové anestezie

1. **Úvod do anestezie.** Období od plného vědomí do stabilizace stavu bezvědomí, kdy anestetikum vstupuje do organismu a postupně se zvyšuje jeho koncentrace v mozkových buňkách, pacient usíná. Po úvodu je pacientovi zajištěna průchodnost dýchacích cest a dostatečná ventilace.

Úvod do anestezie patří k nejrizikovějším fázím anestezie. Hlavní potenciální rizika jsou v aplikaci anestetika, která mohou vést k narušení kardiovaskulární stability. Úvod do anestezie tak může být doprovázen s poklesem krevního tlaku a změnami tepové frekvence. Dále může nastat anafylaktická reakce na podané anestetikum či mohou být nedostatečně zajištěné dýchací cesty. Před každou operací nezbytné zkontrolovat, zda je veškerá technika a pomůcky funkční, příslušné léky musí být připraveny k pohotovému použití, je kontrolována i dokumentace P/K (10).

Nemocný je přivezen na operační sál v leže, po uložení na operační stůl následuje krátký rozhovor s anesteziologem, který by měl P/K uklidnit a ověřit si, že je nemocný opravdu lačný, nemá na sobě šperky či možný umělý chrup. Prověří si možné alergie. Nedílnou součástí celkové anestezie je zajištění žilní linky a monitorování fyziologických funkcí. Na hrudník se umístí EKG elektrody, na paži manžeta tonometru, na prst či boltec ucha je nasazeno čidlo pulzního oxymetru. Máme tedy pod kontrolou srdeční činnost, krevní tlak a saturaci kyslíkem. Při úvodu do celkové anestezie leží P/K na zádech. Za spontánního vdechování kyslíku obličejovou maskou jsou podávána inhalační

anestetika, která navodí ztrátu vědomí. Po nástupu dostatečně hluboké anestezie jsou pomocí laryngální masky či intubací (1).

2. **Vedení anestezie.** P/K se po dobu výkonu udržuje určitá koncentrace anestetika v mozkových buňkách. Vedení a hloubku anestezie je nutné přizpůsobit individuálním potřebám P/K a průběhu operačního výkonu, tak aby anestezie zabránila vzniku reakce organismu na chirurgickou stimulaci. Je to doba, při které je prováděn samotný operační výkon. Zpravidla bývá nejkldnější fází. Avšak i zde jsou určitá možná rizika pro nemocného, která představuje např. krvácení jako jedna z možností komplikací chirurgického výkonu. V tomto období je nezbytné trvalé sledování nemocného a operačního výkonu (1,10).
3. **Probouzení.** V této fázi dochází k ukončení přívodu anestetik po dokončené operaci. Pomalu klesá hladina anestetik v mozkových buňkách a nemocný se pomalu probouzí z anestezie. Obnovuje se postupně vědomí, obranné reflexy, reakce na fyzické a slovní podněty. I v této fázi je nutné P/K pečlivě sledovat. Hrozí totiž komplikace z tzv. stresové reakce – nemocný začne vnímat bolest, chlad, objevuje se hypertenze a tachykardie. Nikdy nesmíme P/K nechat bez trvalého odborného dohledu dokud nemá stabilní oběh, spontánní ventilaci a dostatečně obnovené vědomí (1, 10).
4. **Zotavení z anestezie.** Tato fáze trvá několik hodin bezprostředně po operaci, kdy postupně dochází k celkové stabilizaci. Zpravidla probíhá již na lůžkovém oddělení nebo na tzv. dospávacím pokoji. Pacient/klient vyžadující intenzivní péči jsou přímo z operačního sálu předáni na intenzivní lůžko k pooperačnímu sledování (10).

1.3.4 Nejčastější komplikace při celkové anestezii

Komplikace se mohou vyskytnout kdykoliv v průběhu anestezie. Za nejrizikovější je považován úvod a ukončení anestezie. Možné komplikace vzniklé během anestezie a operačního výkonu mohou postihnout všechny orgánové systémy.

Faktory zvyšující riziko vzniku komplikací je věk P/K (nedonošený novorozenec a geriatrický pacient), závažné přidružené onemocnění, urgentní výkon, druh operace a délka anestezie. Také svou roli hraje i zkušenost operátora. Anesteziologické komplikace mohou však vzniknout i bez závislosti na výše uvedeném. Anesteziolog musí znát všechny možnosti ohrožení P/K v průběhu operace a anestezie, aby jim mohl účinně předejít nebo je řešit (20).

Komplikace v průběhu anestezie mohou vzniknout z různých příčin a může k nim přispět mnoho okolností:

- nevhodná volba anestetika,
- podněty z operačního pole,
- poloha nemocného,
- komplikující příhoda, která vznikne v průběhu operace z anestezie
- technické závady (porucha přívodu kyslíku, porucha ventilátoru, selhání monitorů) (10).

Dále se mohou komplikace spojené s celkovou anestezí dělit podle systému, který postihují:

- **Respirační komplikace**

Příčiny dechové nedostatečnosti mohou být způsobeny obstrukcí dýchacích cest (kořenem jazyka při bezvědomí, cizími tělesy), nesprávnou intubací do jícnu, laryngospasmem (akutní uzávěr hlasivkové štěrbiny způsobený spazmem hrtanového svalstva). Bronchospasmem (křeč hladké bronchiální svaloviny, která se vyskytuje u predisponovaných jedinců, kteří se léčí s chronickou obstrukční bronchopulmonální nemocí). Aspirací do plic, centrálním útlumem dýchání (zapříčiněným např. sedativy, hypnotiky, opiody u P/K bez řízené ventilace), poranění dýchacích cest s krvácením nebo otokem (1).

- **Oběhové komplikace**

Nejčastější příčiny oběhových komplikací jsou chirurgický výkon, ztráta krve a tekutin, přesuny iontů, podané anestetikum či jiný lék. Větší předpoklady pro vznik komplikací mají P/K, kteří mají přidružené kardiovaskulární onemocnění, nemocní bez pečlivého předoperačního vyšetření. Kvalitní pooperační monitoring umožní včasnou detekci komplikací a okamžitý léčebný zásah (1).

Peroperační pokles krevního tlaku

Může být způsoben krevní ztrátou, předoperační hypovolémií, prohlubující se anestézií, plicní embolií a pneumotoraxem, srdeční nedostatečností, anafylaktickou reakcí či vazodilatačními látkami. Dále snižují krevní tlak anestetika. V terapii je zásadní, je-li to možné odstranit, vyvolávající příčinu (1).

Peroperační vzestup krevního tlaku

Může jej vyvolat bolest, hypoxie, nedostatečná hloubka anestezie, hyperkapnie, hypervolemie, plný močový měchýř nebo hypertenzní nemoc. Další příčinou je náhlé vysazení antihypertenziv nebo podání některých léků např. atropin, adrenalin, ketamin. Při déletrvajícím vzestupu krevního tlaku je P/K ohrožen srdeční ischemií či infarktem myokardu. Terapie v prvním momentu spočívá v odstranění vyvolávající příčiny (1).

Peroperační poruchy srdečního rytmu

Poruchy srdečního rytmu se mohou peroperačně vyskytovat z důvodu hypoxemie, hyperkapnie, poruchy elektrolytové nebo acidobazické rovnováhy, akutního koronárního syndromu, přímého dráždění myokardu při operačních výkonech v jeho okolí. Při léčbě zajistíme odstranění příčiny arytmií a podle druhu zvolíme příslušnou farmakoterapii nebo jiný léčebný zásah (1).

Peroperační infarkt myokardu

K zástavě oběhu může dojít během jakékoliv fáze anestezie. Příčiny možného infarktu myokardu:

➤ **primární** - způsobená ischemií myokardu

➤ **sekundární**

- 1) hypoxie, asfyxie - neprůchodnost dýchacích cest způsobená chybnou intubací, aspirací do plic,
- 2) hypoventilace způsobená ventilací hypoxické směsi a nepoznaná nedostatečná spontánní ventilace
- 3) nedostatečná náhrada krevních ztrát (anémie, hypovolemie)
- 4) plicní embolizace, může vzniknout např. při flebotrombóze,
- 5) vágové reflexy (nedostatečná hloubka anestezie pro manipulaci reflexogenních zónách),

- 6) přetlakový pneumotorax,
- 7) předávkování anestetiky,
- 8) anafylaktická reakce na podaný lék (1).

- **Neurologické komplikace**

Cévní mozková příhoda

Riziko vzniku peroperační cévní mozkové příhody není vysoké. V obecné chirurgii je riziko minimální, v cévní chirurgii a kardiochirurgii lehce stoupá. Rizikové skupiny jsou P/K s obtížně korigovatelnou hypertenzí, s chronickou či paroxysmální fibrilací síní a s chronickým plicním onemocněním (20).

Abnormální svalová aktivita

Zvýšený svalový tonus, třes až svalová ztuhlost se mohou objevit po příliš rychlém bolusovém podání opiodů, dále také mohou způsobit generalizované křeče. Po aplikaci ketaminu nastupují bloudivé pohyby bulbů, nystagmus a mrkání (20).

Nežádoucí peroperační bdělost

Nežádoucí peroperační bdělost je vzácná příhoda. Dojde k tomu, že se P/K během operace probudí z celkové anestezie a vnímá samotný operační výkon a své okolí. Nemocný se cítí zcela vyděšený a bezmocný, není schopen v tu chvíli upozornit na svou bdělost. Zděšení, které prožívá může vést až ke vzniku posttraumatického stresového syndromu. Po operaci vznikají poruchy chování, které mohou ve velké míře ovlivňovat život P/K (20).

- **Alergické reakce**

Mohou být způsobeny jakoukoli látkou. K nejčastějším příčinám alergických reakcí během anestezie patří svalová relaxancia, latex, antibiotika, hypnotika, koloidy a opiody. V anesteziologii se rozlišují dva typy alergických reakcí. Jsou to anafylaktické a anafylaktoidní reakce. V klinickém obraze dominuje v obou případech exantém až anafylaktický šok s možnou zástavou oběhu. Léčba je symptomatická: volumetarie, adrenalin, kortikosteroidy, antihistaminika I. generace, glukagon, β_2 –mimetika (1).

- **Zvracení a regurgitace**

Jedna z poměrně častých komplikací celkové anestézie. Zvracení je aktivní děj, dochází k němu snadněji při povrchní anestézii, zvláště tehdy, je-li kořen jazyka drážděn ústním vzduchovodem. Kromě aspirace je zvracení také spojeno s rizikem uvolnění stehů a vzniku dehiscence břišní stěny.

Regurgitace je pasivní děj, probíhající tiše i nenápadně a proto je nebezpečnější než zvracení. Dochází k němu, když tlak v žaludku přesáhne tlak generovaný dolním jícnovým svěračem. Riziko možné regurgitace je vyšší při plném žaludku, při poloze hlavou dolů a při zavedené žaludeční sondě (10).

1.4 Regionální anestézie

Pomocí regionální anestézie dochází k reverzibilnímu vyřazení vnímání podnětů z určité oblasti. Při této anestezii je vědomí zachováno a dochází k odstranění vnímání bolestivých podnětů. Techniky regionální anestézie mají své velké uplatnění i v léčbě akutní a chronické bolesti. Regionální anestezie nemá žádnou absolutní indikaci. Jsou výkony a určité skupiny pacientů, u kterých je užití této anestézie spojeno s relativně nižším rizikem než u anestezie celkové. Volba anestézie samozřejmě závisí na mnoha faktorech jako povaha výkonu, celkový stav pacienta, zkušenost a preference anesteziologa i chirurga. Svou roli při volbě anestezie hraje i cena. Jsou situace, kdy je regionální anestézie kontraindikována např.: alergie na místní anestetikum, situace, kdy je P/K neschopen zaujmout určitou polohu při výkonu, nespolupráce nemocného, v místě vpichu je infekce, P/K má hemokoagulační poruchu aj. (1).

1.4.1 Rozdělení regionální anestezie

Topická anestézie – anestézie sliznic a kůže bez jejich porušení. Využívá se například v nosním a očním lékařství, při bronchoskopii, intubaci, cévkování nebo zavedení nazogastrické sondy. Používají se lokální anestetika ve formě sprejů, gelů, kapek, náplastí a emulze (1).

Infiltrační anestézie – aplikace lokálního anestetika jehlou formou intradermální, subcutánní nebo intramuskulární do místa zákroku. Dochází k porušení kožního krytu.

Využití má tato anestézie např. při zajištění centrálního venózního katétru, při incizích nebo excizích (1).

Svodná anestézie – podání lokálního anestetika do oblasti nervů zásobujících oblast, kterou je třeba vyřadit z vnímání. Znečitlivěny mohou být rozsáhlé okrsky těla. Svodná anestezie zahrnuje blokády nervových svazků, blokády jednotlivých nervů, nitrožilní lokální anestezii dle Bier a centrální blokády. Centrální blokády jsou blokády, ke kterým dochází na úrovni míchy a zahrnují epidurální a subarachnoideální anestezii (1, 10).

Epidurální anestezie

Lokální anestetikum se aplikuje do epidurálního prostoru, což je prostor mezi tvrdou plenou mozkovou a stěnou páteřního kanálu. Znečitlivění se dosáhne jednorázovou aplikací anestetika nebo kontinuálně zavedeným epidurálním katétrem. Epidurální anestezii lze aplikovat do bederní nebo hrudní oblasti páteře. P/K při této anestézii zaujímá polohu vleže na boku, kdy má hlavu ohnutou k hrudi, dolní končetiny co nejvíce přitaženy k tělu s flexí v kyčelních a kolenních kloubech. Druhá možnost je, že je P/K vsedě, lokty se opírá o kolena a má vyhrbená záda. Dolní končetiny jsou opřeny o podložku, tak aby v kolenním kloubu byla flexe 90°. U této polohy je nutné počítat s menší stabilitou P/K a s možnými ortostatickými problémy. Proto se v praxi používá spíše první zmíněná poloha (10).

Tato anestezie je indikována u operačních výkonů na dolních končetinách, břiše, hrudníku a krku. Má také své využití v porodnictví, v pooperační léčbě a chronické bolesti. Naopak je kontraindikována při infekci v místě vpichu, septikémii, při poruchách hemokoagulace, trombolýze, od které neuplynulo méně než 48 hodin, hypovolémii a při anatomických změnách nebo omezení pohyblivosti krční páteře, které znemožňují provedení výkonu (19).

Subarachnoideální (intratékální, spinální) anestezie

Při této anestézii se anestetikum aplikuje přímo do mozkomíšního moku. Na rozdíl od epidurální anestézie je nástup účinku této blokády rychlejší s hlubší anestézií a spolehlivějším motorickým blokem. Poloha při subarachnoideální anestézii je stejná jako u anestézie epidurální. Místo vpichu je ve výši prvního až druhého bederního obratle. V této výši končí mícha. Detekce subarachnoideálního prostoru je celkem

jednoduchá. Jedná se vlastně o lumbální punkci. Při úspěšné punkci subarachnoideálního prostoru vytéká z jehly mozkomíšní mok (10).

Subarachnoideální anestézie je indikována u operací dolní poloviny části těla. Pokud má K/P zavedený kontinuální subarachnoideální katétr používá sed při tlumení pooperační bolesti. Tato anestezie se nesmí být provedena lidem, kteří se léčí dlouhodobě pro cefaleu. Další kontraindikace jsou shodné s kontraindikacemi pro epidurální anestézii, které jsou uvedeny v předchozím textu (19).

Intravenózní regionální anestézie dle Bier

Zvláštní forma svodné anestézie, dnes již málo používaná. Je to metoda používaná pro operační výkony na horní a dolní končetině, kdy časový rozsah z důvodu možného nebezpečí ischemie končetiny nepřesáhne 60-90 minut. Před podáním anestetik do žilního systému končetiny je nutné zajistit bezkrevnost končetiny pomocí elevace a snížení množství krve v žilním systému elastickým obinadlem. Poté nad anemizovanou oblastí přiložíme turniket, aby se udržela končetina bez krve. Intravenózní kanylou podáváme lokální anestetikum. Po skončení operačního výkonu se turniket postupně uvolní a zbytek anestetika je vyplaven do oběhu (10).

1.4.2 Komplikace regionální anestezie

Regionální anestezie je invazivním způsobem anestezie a jako každý jiný invazivní výkon nese svá určitá rizika. Komplikace, se kterými se v průběhu regionální anestézie můžeme setkat vyplývají z invazivity přístupu, z anatomických struktur a z použití lokálních anestetik (10).

- **Poranění nervové tkáně**

Poranění nervové tkáně je časná komplikace, která se projevuje parestéziemi až bolestí, ke které dochází při punkci nervu, nervového kořene nebo míchy. Dále se projevuje svalovými záškuby v příslušné oblasti. Výsledkem může být dočasná nebo dokonce trvalá paréza v postižené oblasti (10).

- **Krvácení**

Dochází k náhodnému poranění cévních struktur v okolí periferního nervu, které se projeví krvácením z jehly. Nebezpečí zde spočívá v intravazální aplikaci lokálního anestetika s následným rychlým rozvojem toxické reakce. Pozdní komplikací je rozvoj epidurálního hematomu, kdy může způsobit útlak míšních struktur. Projeví se bolestí v zádech nebo dolních končetinách a při těžším průběhu může dojít i k paréze dolních končetin (10).

- **Infekční komplikace**

Zde je prevencí přísně aseptická a sterilní technika, používání jednorázových pomůcek, osušení dezinfikovaného místa vpichu před punkcí sterilními rouškami. Při nedodržování těchto zásad může dojít k propuknutí infekce (10).

- **Komplikace vyplívající z anatomických poměrů**

Jde o poranění nebo ovlivnění jiných struktur lokálním anestetikem. Do těchto komplikací spadá hypotenze, totální spinální anestézie, poruchy dýchání, postpunkční bolesti hlavy, neurologické poruchy, retence moče (10).

Hypotenze

Pokles krevního tlaku je časnou komplikací centrálních blokad. K poklesu dochází v důsledku vazodilatace způsobené blokem sympatiku. Projevuje se hlavně u starších lidí, u hypovolemických nemocných nebo kardiaků. Prevencí je úprava hydratace a cirkulujícího volumu před podáním anestezie. Terapie spočívá v elevaci horních končetin, objemové náhradě a vazopresorické podpory (10).

Totální spinální anestezie

Jedná se o časnou komplikaci epidurální anestezie. Při nepoznané punkci tvrdé pleny mozkové je do subarachnoideálního prostoru aplikován několikanásobný objem lokálního anestetika, který je běžně používán pro epidurální anestezii. To se projeví okamžitou ztrátou vědomí, zástavou dechu, mydriázou a poklesem krevního tlaku. Terapie zahrnuje okamžité zprůchodnění dýchacích cest, oxygenaci a obnovu základních životních funkcí. Prevencí je zde podání nejprve testovací dávky lokálních anestetik (10).

Poruchy dýchání

Časné i pozdní komplikace centrálních blokád a blokád v oblasti brachiálního plexu. Mohou být způsobeny vysokou subarachnoideální anestézií (nad úroveň druhého bederního obratle), pneumotoraxem vzniklým na podkladě punkce pohrudnice při anestézii brachiálního plexu, parézou bráničního nervu, která provází také anestezii brachiálního plexu. Léčbou je oxygenoterapie a různý stupeň ventilační podpory.

Postpunční bolesti hlavy

Pozdní komplikace centrálních blokád, která vzniká nejčastěji při nechtěné punkci tvrdé pleny mozkové a úniku likvoru do epidurálního prostoru. Bolesti hlavy doprovází dvojité vidění, nauzea a zvracení. Prevence spočívá v opatrnosti při provedení epidurální anestézie, v použití co nejtenčí jehly a vyvarování se subarachnoideální anestézie u lidí trpících bolestmi hlavy. Terapií je doplnění objemu krystaloidy, klid na lůžku, analgezie eventuálně komprese břicha elastickou bandáží. Při neúspěchu těchto metod lze provést zátku epidurálně aplikovanou autologní krví (tzv. blood-patch) (10).

Neurologické poruchy

Příčinou neurologických poruch jsou přímá poškození nervových struktur. Příčinou tedy může být trauma nervové struktury, krvácení, poruchy prokrvení, zanesení látek použitých při dezinfekci, poškození míchy nebo kořene lokálním anestetikem, bakteriální kontaminace s rozvojem zánětu mozkových plen nebo epidurálního abscesu, poškození nervu polohou při nebo po operačním výkonu.

Neurologické poruchy se projevují nejčastěji parestéziemi, zastřenou řečí připomínající opilost, pocity těžkého jazyka, necitlivostí kolem úst, spavostí, dezorientací, poruchami zraku, sluchu, křečemi až kómatem a útlumem dechu. Základem terapie je přerušení dalšího podávání lokálního anestetika, hyperventilace kyslíkem a podání antikonvulziv (diazepam, thiopental, midazolam) (1, 10).

Retence moče

Jedná se o pozdní komplikaci centrálních blokády, která si může vyžádat i krátkodobou katetrizaci močového měchýře. Prevenci je použití nízkých koncentrací a malých dávek lokálních anestetik (10).

- **Alergická a toxická reakce**

Alergická reakce je abnormální reakce, ke které dochází při správném postupu anestezie, tedy podání správného množství správné látky do správného místa. V lehčích formách se projevuje jako kožní exantém a edém podkožních tkání, při těžší formě může nastat anafylaktický šok. K alergické reakci dochází bezprostředně po podání anestetik. Léčba spočívá v aplikaci kortikosteroidů, antihistaminik, při šoku se podávají náhradní roztoky a adrenalin (1).

Toxická reakce vzniká při překročení doporučené dávky lokálních anestetik nebo při nechtěném podání do krevní cévy. Tato reakce probíhá vždy rychle a její příznaky jsou velmi závažné. Dochází k intoxikaci CNS, která se projevuje křeči, neklidem, bezvědomím, zvracením, poklesem krevního tlaku. Prevence spočívá ve znalosti lékaře maximálních dávek lokálních anestetik a jejich dodržování, používání nejnižších účinných koncentrací, aspiraci do stříkačky před podáním anestetika. Základem terapie je aplikace kyslíku, antikonvulziv, pokud je nutná intubace, umělá plicní ventilace, vasopresory, objemová léčba, popřípadě KPR (1).

1.5 Příprava a vyšetření pacienta před výkonem v celkové a místní anestezii

V této části práce uvádím důležitost předoperační přípravy před operačním výkonem v anestézii, rozděluji předoperační vyšetření do základních skupin a popisují význam premedikace a náplň práce anesteziologické sestry.

1.5.1 Předoperační příprava

Předoperační vyšetření je nedílnou součástí přípravy na výkon v celkové i v místní anestezii. Rozsah vyšetření se řídí celkovým zdravotním stavem P/K, rozsahem a závažností operace, časovou naléhavostí operačního výkonu a typem plánované

anestézie. Tato příprava začíná již v okamžiku indikace k operačnímu výkonu a má multidisciplinární charakter, protože se na ní podílejí společně ošetřující lékař, operatér, anesteziolog a konsiliáři ostatních oborů (internista, kardiolog, hematolog atd.). Cílem předoperačního vyšetření je zhodnocení stavu P/K, snížení operačního rizika na minimum, zajištění optimálních podmínek k provedení vlastního operačního výkonu, podání anestézie, zabránění vzniku peroperačních a pooperačních komplikací, zkrácení doby léčby i rekonvalescence na minimum (10, 19).

1.5.2 Rozdělení předoperačního vyšetření

1. **Všeobecná** – provádí se u všech nemocných a spočívá v celkové očištění nemocného, přípravě operačního pole, vyprázdnění tlustého střeva před některými typy operací, zajištění dostatečné hydratace nemocného.
2. **Speciální chirurgická** – zahrnuje zvláštní typy přípravy před některými operacemi.
3. **Interní** – zahrnuje prevenci interních komplikací a kompenzaci komplikujících interních onemocnění. Např. kompenzace diabetes mellitus, hypertenze, ICHS, chronické obstrukční choroby bronchopulmonální, úprava hemokoagulační léčby, prevence tromboembolických komplikací atd.
4. **Anesteziologická příprava** – zahrnuje prevenci aspirace, přípravu před intubací, ordinaci premedikace pro nemocného.
5. **Psychologická příprava** – bohužel často podceňovaný typ přípravy, může zásadním způsobem ovlivnit postoj a strach nemocného a jeho psychiku před operačním výkonem (10).

1.5.3 Předoperační příprava z časového hlediska

- **Dlouhodobá předoperační příprava**

Je časově omezena podle diagnostiky a přípravy P/K.. Pacient je odeslán k internímu předoperačnímu vyšetření. Výsledky těchto vyšetření nesmí být starší 14 dnů před plánovaným operačním výkonem. Zahrnuje laboratorní vyšetření moče (moč+sediment), screeningové vyšetření krve (krevní obraz, základní biochemie,

hemokoagulační vyšetření), EKG vyšetření, RTG vyšetření srdce i plic a interní klinické vyšetření.

- **Krátkodobá předoperační příprava**

Krátkodobá předoperační příprava je omezena na 24hodin před samotným plánovaným výkonem. Zahrnuje hygienickou péči, přípravu operačního pole, vyprázdnění tlustého střeva je-li to nutné, podání večerní premedikace, měření FF, prevenci TEN, poučení P/K o možnosti uschování cenností, nepřijímání tekutin i stravy.

- **Bezprostřední předoperační příprava**

Tato bezprostřední příprava se omezuje na časový úsek těsně před operací. Pře podáním anestézie je třeba zkontrolovat pacientovu totožnost a vždy formulář obsahující informovaný souhlas s anestézií. Pacienti nemají šperky, snímací zubní náhrady či jiné odstranitelné pomůcky. Ženy mají být odlíčené a mají mít odlakované nehty. Aby se snížilo riziko aspirace žaludečního obsahu, mělo by uplynout alespoň 6 hodin od příjmu pevné potravy a 2-4 hodiny od požití čirých tekutin.

1.5.4 Předanestetické vyšetření

Toto vyšetření provádí lékař anesteziolog. Aby mohla být nemocnému podána bezpečná anestezie, musí anesteziolog získat informace o celkovém stavu nemocného, o typu operačního výkonu, operační poloze. Každý P/K, který má podstoupit lokální nebo celkovou anestézii musí být pečlivě vyšetřen. Předanestetické vyšetření shrnuje výsledky provedených předoperačních vyšetření: laboratorní vyšetření, vyšetření interního typu, vyšetření zobrazovacích metod, funkčních vyšetření kardiálních, plicních a ledvinných. Anesteziolog se poté zaměřuje na podrobnou anesteziologickou anamnézu a fyzikální vyšetření týkající se volby anestezie. Dále zvažuje možnosti zajištění dýchacích cest, možnosti zajištění žilních vstupů, ordinuje premedikaci atd. Anesteziolog řádně poučí P/K o typu anestézie a získá jeho souhlas s navrženým typem anestézie. Anesteziolog závěr svého vyšetření zapíše do zdravotnické dokumentace, případně navrhne doplnění o některá další vyšetření potřebná k zajištění bezpečného průběhu operace a anestezie (10).

Anesteziologická anamnéza se zaměřuje na předchozí anestezie, které P/K již prodělal a na možné komplikace z nich. Dále se zaměřuje na stav kardiovaskulárního a respiračního systému, onemocnění ledvin, jater, žláz s vnitřní sekrecí, tromboembolické komplikace, alergie, epilepsie, bolesti hlavy, páteře, závratě a krvácivé projevy. Důležitá je také léková anamnéza, kdy některé léky mohou mít závažné interakce s anestetiky a mohou nepříznivě ovlivnit průběh anestézie. Problém také nastává u abusu alkoholu, nikotinismu a dalších návykových látek (10).

Klinické vyšetření anesteziologem

Anesteziolog sleduje konstituci těla, charakter dýchání, tvar obličeje a krku, náplň krčních žil, možnosti otevření úst, prohlédne dutinu ústní, zjistí kvalitu chrupu, velikost tonsil a odhadne obtížnost intubace. Všimá si pohyblivosti krční páteře, deformit hrudníku, horních končetin se zaměřením na zajištění periferního žilního vstupu (10).

Vyšetření interního typu

Před operačním výkonem je nutné provést interní vyšetření včetně křivky EKG. Rutinně se EKG vyšetření provádí u lidí starších více jak 40 let, u onemocnění kardiovaskulárního systému a neurčitých kardiálních obtíží. Platnost tohoto vyšetření je jeden měsíc. U dětí se provádí pediatrické vyšetření. Interní vyšetření nám poskytne vyjádření o komplikujících chorobách, zhodnotí funkční rezervy nemocného a podá doporučení léčby případných komplikací (10).

Laboratorní vyšetření

Normálně se provádí tzv. laboratorní screening, zahrnující vyšetření krevního obrazu včetně trombocytů, iontogram, glykémii, ureu, bilirubin, transaminázy, celkovou bílkovinu a vyšetření moči s vyšetřením sedimentu. Při náročnějších výkonech a u rizikových nemocných se navíc provádí hemokoagulační vyšetření, vyšetření krevních plynů a ABR dle Astrupa, jaterní soubor, kreatinin a funkční vyšetření ledvin, glykemický profil, hladiny hormonů štítné žlázy, krevní skupina atd. (10).

Rentgenologické vyšetření plic

Provádí se u osob starších 60 let věku, u kuřáků nad 40 let, u cizinců z rizikových oblastí a u osob po prodělaném akutním respiračním onemocnění. Platnost vyšetření je 12 měsíců (10).

1.5.5 Premedikace

Premedikace je podání léků ordinovaných anesteziologem před operací. Mají zajistit zklidnění nemocného, zmírnit strach a tím usnadnění úvodu do anestézie. Cílem premedikace je snížit úroveň metabolismu a tím i snížení nároku na kyslík snížit spotřebu anestetik, snížit výskyt pooperační nauzey a zvracení, snížit sekreci z dýchacích cest a salivaci, snížit reakci na intubaci a oslabení vagových reflexů z reflexogenních zón (oblast hrtanu, oka, plicního hilu, mezenteria, konečníku, malé pánve, retroperitonea) (19).

Premedikace se dělí na prepremedikaci, která se podává v předvečer operace a má pomocí perorálního hypnotika zajistit nemocnému klidný spánek. Vlastní premedikace se podává 30-45 minut před začátkem anestezie a to intramuskulárně nebo perorálně. Po podání premedikace již P/K nesmí chodit, zůstává na lůžku, na kterém je převezen na operační sál (10).

1.5.6 Stanovení operačního rizika

Operační riziko je dáno pravděpodobností, že P/K v souvislosti s operačním výkonem zemře v průběhu operace, či v bezprostředním pooperačním období. Toto riziko nelze nikdy úplně odstranit, ale je možné výskyt snížit zejména pečlivou předoperační přípravou. Důkladná anamnéza, klinické vyšetření a zhodnocení pomocných laboratorních vyšetření umožní rozpoznání rizikových faktorů a stanovení jejich závažnosti. Rizika také umožňují zařazení pacienta do rizikové skupiny podle ASA (American Society of Anesthesiologists) klasifikace. ASA klasifikace je celosvětově uznávaná jako obecné vyjádření závažnosti stavu pacienta, tolerance zátěže a rizika časně mortality do 7. pooperačního dne. Nevztahuje se pouze na riziko anesteziologických komplikací, ale poukazuje na celkovou závažnost stavu nemocného.

ASA klasifikace:

- **ASA I** – zdravý P/K bez patologického nálezu. Chorobný proces, jenž je indikací k operačnímu výkonu je lokalizovaný a nezpůsobuje systémovou poruchu.
- **ASA II** – mírně až středně závažné systémové onemocnění, které může, ale nemusí souviset s operačním výkonem (např. lehká hypertenze, anemie, obezita, diabetes mellitus, pokročilý věk, lehká forma ICHS, chronická bronchitida).
- **ASA III** – závažné systémové onemocnění různé etiologie, omezující aktivitu nemocného (např. angina pectoris, srdeční selhání, stav po infarktu myokardu, závažná forma diabetu).
- **ASA IV** – závažné, život ohrožující systémové onemocnění, které může a nemusí souviset s operačním výkonem a není vždy operací řešitelné (srdeční dekompenzace, nestabilní angina pectoris, akutní myokarditida, pokročilá forma plicní, ledvinné, jaterní a endokrinní nedostatečnosti, ileus, peritonitis, hemoragický šok).
- **ASA V** – umírající pacient, u něhož je operace poslední možností záchrany života (19).

1.6 Role anesteziologické sestry

Cílem anesteziologické přípravy anesteziologickou sestrou je poskytnout P/K informace o ošetrovatelských výkonech, které bude během přípravy a v průběhu podávání anestézie u P/K provádět. Sestra má svým chováním nemocného podpořit, zmírnit jeho obavy a strach před operačním výkonem. Správná informovanost P/K má velmi významný vliv na zajištění jeho psychické pohody. K dobře vedené informovanosti pacienta přispívá profesionální spolupráce mezi anesteziologickou sestrou a sestrou z oddělení, odkud je pacient. Spolupracující sestry zajistí u P/K výbornou přípravu, vzájemně se doplňují v poskytování informací a zajistí správnou návaznost ošetrovatelských intervencí před operačním výkonem (2, 11).

Většina pacientů považuje operační výkon za nepříjemnou situaci, která narušuje jeho základní potřeby, do popředí vystupuje obava, strach, úzkost, nejistota, což

vyvolává u P/K stresovou reakci. Ne každý pacient je ochotný o svých pocitech hovořit nebo si je připustit. Návštěva anesteziologa a anesteziologické sestry má velmi významný psychologický vliv na uklidnění pacienta (17).

Mezi zásady psychologické přípravy patří trpělivé s porozuměním provedené vyslechnutí P/K, pozorné a srozumitelné vysvětlení všech postupů. Při rozhovoru s P/K je nutné si všímat jeho reakcí a chování, z kterých lze vyčíst míru jeho obav. Cílem návštěvy P/K je uklidnit a zmírnit jeho obavy. Mezi nejčastější obavy pacientů před operačním výkonem patří strach z narkózy. Pacienti se nejvíce obávají, že se z narkózy neprobudí nebo naopak, že se probudí během výkonu. Mezi obavy spojené se samotným operačním výkonem patří v první řadě strach z bolesti, zjištění nepříznivé diagnózy, zmrzačení a přetrvání trvalých následků (12).

Anesteziologická sestra diagnostickým postupem u P/K stanoví ošetrovatelskou diagnózu Strach (00148). Anesteziologická sestra má možnost P/K informovat až poté, co s ním hovořil lékař anesteziolog a pacientovi předal informovaný souhlas s anestézií. Edukující anesteziologická sestra musí na základě určení ošetrovatelské diagnózy u P/K stanovit intervence vedoucí ke zmírnění jeho strachu. Na základě intervencí vede anesteziologická sestra edukaci P/K. Ideálně P/K edukuje anesteziologická sestra, která bude také pacientovi v den operace anestézii společně s anesteziologem podávat (20).

Anesteziologická sestra informuje P/K o průběhu anesteziologické přípravy přibližně 24 hodin před plánovaným operačním výkonem. Cílem edukace je P/K poskytnout potřebné množství informací souvisejících s ošetrovatelskými postupy, které anesteziologická sestra provádí.

Sestra, po představení se P/K seznámí se složením anesteziologického týmu a následně P/K zopakuje význam podání večerní a ranní premedikace, kdy pacient ráno po jejím podání již nesmí vstát z lůžka. Proto jej upozorní na potřebu provést hned ráno po probuzení základní hygienu, vyjmout zubní protézu, odstranit a uschovat šperky. Sestra P/K doporučí, aby se došel před aplikací premedikace vyprázdnit, protože poté, co mu aplikuje ranní medikaci, musí již P/K kvůli riziku poklesu tlaku a následného pádu zůstat ležet. Sestra objasní P/K časový sled premedikace a odvozu na operační sál (2, 3).

Při překládání pacienta na operačním sále je silně narušena intimita pacienta. V patientském filtru sanitář pacientovi svlékne pyžamo a pacient již zůstává po celou dobu přítomnosti na operačním sále svlečený. Proto je nutné, aby sanitář pacienta před převozem na předšálí operačního sálu vhodně přikryl a zdravotnický personál pacienta odkrýval jen na nezbytně nutnou dobu a na nutné části těla i po dobu, kdy je pacient v anestézii. Sestra pacienta ubezpečí, že při odvozu ze sálu již pacient dostane od pooperační sestry nemocniční košili „anděla“.

Na předšálí anesteziologická sestra zavede pacientovi periferní žilní linku a po domluvě s lékařem se zde provádí další výkony jako je provedení místní anestézie, zavedení centrálního žilního katétru, přímé měření tlaku pomocí artérie radialis, zavedení permanentního močového katétru. Pacienti o těchto výkonech mají minimální množství informací, anesteziologickou sestrou je stanovena ošetrovatelská diagnóza Deficitní znalost (00126) (2,20).

Úkolem anesteziologické sestry je pacienta na tyto výkony připravit. Sestra vysvětlí pacientovi důvod i způsob provedení výkonu a všechny informace opakuje při provádění jednotlivých výkonů, kdy mu ukáže pomůcky, které budou použity. Sestra objasní ošetrovatelský cíl anestézie, kterým je poskytnutí kvalitní odborné péče se zajištěním nekomplikovaného průběhu anestézie a operace. Ujistí pacienta, že i po uvedení do anestézie je o něj odborně a zodpovědně postaráno. Sestra ujistí pacienta o nepřetržité monitoraci životních funkcí v průběhu anestézie a následně dle potřeby i v pooperačním období. Anesteziologická sestra odpovídá také za kontrolu a přípravu anesteziologického přístroje a dalšího technického vybavení (2, 11).

Mezi povinnostmi anesteziologické sestry patří péče o správnou polohu těla, hlavy a končetin tak, aby nedošlo k otlakům a k případnému poranění pacienta. Sestra stanoví ošetrovatelskou diagnózu Riziko porušení kožní integrity (00047).

Anesteziologická sestra musí u pacienta zajistit péči o oči, péči o endotracheální kanylu, periferní žilní linky, močový katétr, výdej tekutin, zajištění normotermie, podávání infusí a krevních derivátů. Dále sestra vysvětlí pacientovi, jakým způsobem o něj bude postaráno po provedení operačního výkonu a po převozu na dospávací pokoj či JIP, kde se o něj bude starat sestra pooperační péče. Anesteziologická sestra také pacienta upozorní na bolest a význam včasného podání analgetik po výkonu, ošetrovatelská diagnóza č. 00132 Akutní bolest (2, 20).

Sestra musí dát pacientovi čas na kladení otázek a veškerou edukaci zaznamenaná

do ošetrovateľskej dokumentácie, ktorá musí obsahovať názvy pacienta, dátum operácie, typ operačného výkonu, dátum a čas edukácie, meno sestry, priebeh a spôsob edukácie. Cieľom edukácie je zmierniť či odstrániť obavy, strach a zamedziť možnosti rozvoja psychických porúch (3).

Z odborné praxe je potvrdené, že sú pacienti, u ktorých dojde predoperačne k selhaniu psychických obranných mechanizmov a k rozvoju psychických porúch. K týmto nežiaducim reakciám dochádza v dôsledku nedostatočnej informovanosti pacienta. Medzi najčastejšie uvádzané predoperačné psychické poruchy patrí odmietavá reakcia, ku ktorej u pacienta dochádza v dôsledku nedôvery, často sa prejavuje odmietaním a nedostatočnou spoluprácou. Ďalším typom psychických porúch je konverzná reakcia, pri ktorej sa pacient prejavuje nezvyklým motorickým chovaním s poruchou vegetatívnej stability. V prípadoch poruchy spánku sestra stanovuje ošetrovateľskou diagnózu Spánková deprivácia (00096) (15).

Poruchy prežívania sa u pacienta prejavujú pocity viny, menejcennosti, fixní myšlienky, únavnosť. Poruchy vnímania a uvedomovania si skutočnosti. Tieto reakcie nie sú časté, prejavujú sa panickým chovaním, pokiaľ k takejto reakcii u pacienta dojde, môže skončiť až útekem z operačnej sály. Diagnostickým spôsobom s pomocou NANDA, sestra u pacienta stanoví ošetrovateľské problémy Neefektívne zvládanie záťaže (00069), Oslabené prispôbenie (00070), Defenzívne zvládanie záťaže (00071). Je na schopnostiach každej sestry, aby si včas všimla nepriiměřenú reakciu a zabezpečila potrebné intervencie. Medzi najdôležitejšie zásahy patrí, sledovanie hladiny úzkosti, sledovanie spôsobu komunikácie, posúdenie vnímania nemocného danej situácie, aktívne naslouchanie, povzbudenie pacienta, včasné zajišenie psychologického konzília (15, 17).

2 VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Metodika práce

Ve výzkumné části své bakalářské práce se zabývám informovaností respondentů o anestézii před plánovaným operačním výkonem. Ke sběru dat jsem zvolila dotazníkové šetření, které bylo anonymní. Tuto metodu jsem zvolila jako vhodný způsob získání informací od velkého počtu respondentů za krátký časový úsek. Dotazník jsem sestavila na základě cílů své práce tak, abych mohla potvrdit či vyvrátit stanovené očekávané výsledky. Samotný výzkum jsem prováděla v období od 1.12.2012 do 31.1.2013 v Krajské nemocnici Liberec. K mé práci jsem si zvolila 3 základní cíle a 4 hypotézy.

2.2 Cíle práce

Cíl č. 1: Zjistit, zda jsou klienti/pacienti dostatečně informováni o anestezii před plánovaným operačním výkonem.

Cíl č. 2 : Zjistit, jakým způsobem jsou klienti/pacienti informováni o anestezii a jaká je kvalita těchto informací.

Cíl č. 3: Zjistit, zda mají klienti/pacienti obavy z možných komplikací anestezie.

2.3 Formulace hypotéz

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že budou lépe informováni o anestezii klienti/pacienti, kteří jsou hospitalizováni den před operací, než klienti /pacienti, kteří přijdou v den operace.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že budou klienti/pacienti informováni o anestézii spíše písemnou formou než ústní formou.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že ze strany klienta/pacienta bude spokojenost z podaných informací o anestezii, nežli nespokojenost.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že budou mít menší obavy z možných komplikací anestezie klienti/pacienti, kteří anestezii již podstoupili, než klienti/pacienti, kteří podstupují anestezii prvně.

2.4 Charakteristika použité metody práce

Ke sběru dat byla použita kvantitativní metoda pomocí dotazníku. Dotazníkové šetření je výzkumná metoda, pomocí které zkoumáme mínění respondentů písemnou formou. Je sestaven s předem připravených a správně formulovaných otázek. Výhodou je velmi rychlé shromáždění údajů v krátkém čase a ekonomická nenáročnost. Naopak nevýhodou této metody je možnost získat zkreslené informace v důsledku neobjektivity odpovědí respondentů, nebo nepochopení daných otázek. V úvodu dotazníku jsem respondenty seznámila s tématem dané práce, požádala je o vyplnění a zároveň jsem je informovala o způsobu vyplnění. Dotazník obsahoval 27 otázek, z toho 18 otázek uzavřených, kdy byla na výběr jedna nebo i více možných odpovědí a 9 otázek polootevřených, kdy mohl respondent volně vyjádřit svůj názor. Otázky č. 1, 2 a 3 jsou identifikační a jejich cílem bylo zjistit pohlaví, věk a vzdělání respondentů. Otázky č. 4 a 5 zjišťují vědomosti respondentů o dvou typech anestézie. Otázky č. 6, 7, 8, 9, 10, 11 jsou zaměřeny na získání informací o předchozím prodělání anestézie, o typu anestézie, o době přijetí k operačnímu výkonu, podepsání informovaného souhlasu a seznámení s etickým kodexem Práva pacientů. Otázky č. 12, 13, 14, 20 a 21 zjišťují, zda byl respondent před operací o anestézii informován, jakou formou, na jakém místě a kým byly informace poskytnuty. Otázky č. 15, 16, 17, 18, 19, jsou celkově zaměřeny na srozumitelnost a spokojenost respondentů z podaných informací. Otázky č. 22, 23, 24, 25, 26 a 27 jsou zaměřeny na komplikace a obavy z anestézie.

2.5 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvořili pacienti/klienti Krajské nemocnice Liberec a to z oddělení všeobecné chirurgie, onkochirurgie, kardiologie a spinální jednotky. Zkušebně bylo rozdáno sedm dotazníků a na základě správnosti vyplnění a porozumění obsahu bylo postupně distribuováno celkem 100 dotazníků vytipovaným pacientům, kteří souhlasili s vyplněním dotazníku. Dotazníky jsem osobně rozdala a opět si je

osobně posbírala. Tím jsem získala 100% návratnost. Dotazník tedy celkem vyplnilo 100 respondentů, a to 50 z oddělení všeobecné chirurgie, 13 z oddělení onkochirurgie, 19 z oddělení kardiologie a zbylých 18 na spinální jednotce. Na oddělení kardiologie a spinální jednotku jsem rozdala dotazníky hlavně kvůli místní anestézii, která se zde často provádí.

2.6 Organizace výzkumu a zpracování získaných dat

K statistickému zpracování bylo použito celkem 100 dotazníků, což je 100 % z celkově rozdaných dotazníků. Výsledky šetření byly zpracovány do tabulek za použití absolutní četnosti a relativní četnosti vyjádřené v %. Absolutní četnost v tabulce udává počet dotazovaných, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností. Relativní četnost nás informuje o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou hodnotu. Výsledky jsem zaokrouhlila na jedno desetinné číslo. Zjištěné výsledky jsou znázorněny pomocí grafů. Výsledky jsou u každé otázky doprovázeny slovním popisem. Zpracování dat získaných šetřením jsem provedla pomocí počítačového programu Microsoft Excel a Microsoft Word.

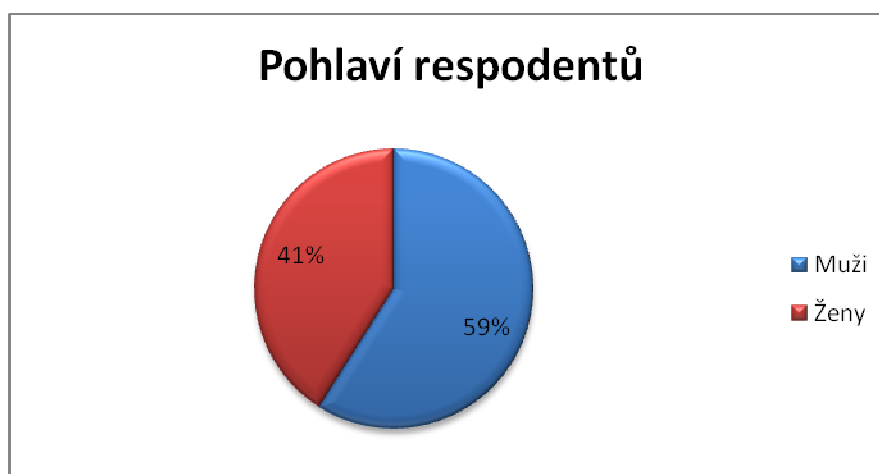
3 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ

OTÁZKA č. 1: Jakého jste pohlaví?

Tabulka č. 1 - Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muži	59	59
Ženy	41	41
Celkem	100	100

První otázka rozdělila respondenty dle pohlaví (*viz tab. 1*). Z celkového počtu 100 dotazovaných respondentů (100%) bylo 59 dotazovaných mužského pohlaví (59%). 41 dotazovaných respondentů (41%) bylo pohlaví ženského (*viz graf 1*).



Graf č. 1 - Pohlaví respondentů

OTÁZKA č. 2 : Kolik je Vám let?

Tabulka č. 2 – Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
15 - 20 let	4	4
21 - 30 let	9	9
31 - 40 let	17	17
41 - 50 let	22	22
51 - 60 let	20	20
61 a více let	28	28
Celkem	100	100

Druhá otázka zjišťovala věk respondentů (viz tab. 2). Dotazníkového šetření se zúčastnili respondenti různých věkových skupin. Nejpočetnější byla věková skupina 61 a více let v počtu 28 (28%) respondentů. Následovala skupina 41 – 50 let v počtu 22 respondentů (22%). Třetí v pořadí byla skupina 51 – 60 let v počtu 20 respondentů (20%). Věková skupina 31 – 40 byla zastoupena 17ti respondenty (17%). Devět respondentů (9%) uvedlo svůj věk ve věkové skupině 21 – 30 let. Kategorii s nejnižším počtem respondentů byla věková skupina 15 – 20 let s počtem 4 respondentů (4%) (viz graf 2).



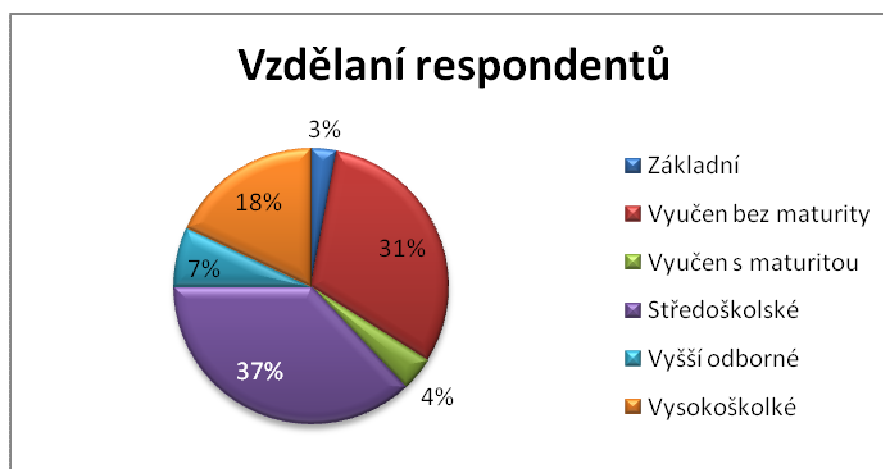
Graf č. 2 – Věk respondentů

OTÁZKA č. 3: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 3 – Vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní	3	3
Vyučen bez maturity	31	31
Vyučen s maturitou	4	4
Středoškolské	37	37
Vyšší odborné	7	7
Vysokoškolské	18	18
Celkem	100	100

Třetí otázka zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání (viz tab. 3). Nejvíce respondentů 37 (37%) uvedlo jako své nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské (viz graf 3). Další početnou skupinou jsou respondenti, kteří uvedli jako své nejvyšší vzdělání vyučení bez maturity. Zde se jedná celkem o 31 respondentů (31%). Osmnáct respondentů (18%) jako své nejvyšší dosažené vzdělání uvedlo vysokoškolské. Další skupinou bylo 7 respondentů (7%) s vyšším odborným vzděláním. Čtyři respondenti (4%) uvedli vyučení s maturitou a 3 respondenti uvedli základní vzdělání (3%).



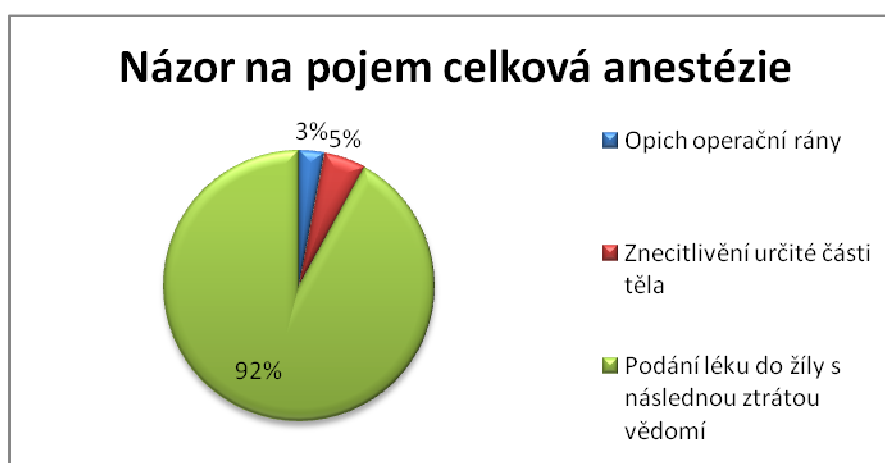
Graf č. 3 – Vzdělání respondentů

OTÁZKA č. 4: Pod pojmem celková anestezie si představíte:

Tabulka č. 4 – Názor na pojem celková anestézie

Názor na pojem celková anestézie	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Opich operační rány	3	3
Znecitlivění určité části těla	5	5
Podání léku do žíly s následnou ztrátou vědomí	92	92
Nic	0	0
Jiné	0	0
Celkem	100	100

Čtvrtou otázkou se zjišťovala vědomost respondentů o celkové anestézii (viz tab. 4). Nejvíce respondentů 92 (92%) označilo správnou odpověď, tedy podání léku do žíly s následnou ztrátou vědomí (viz graf 4). Pět respondentů (5%) si myslelo, že celková anestézie je znecitlivění určité části těla. Pouze 3 respondenti (3%) se domnívali, že celková anestézie spočívá v opichu operační rány. Zbylé dvě možné odpovědi neoznačil žádný respondent.



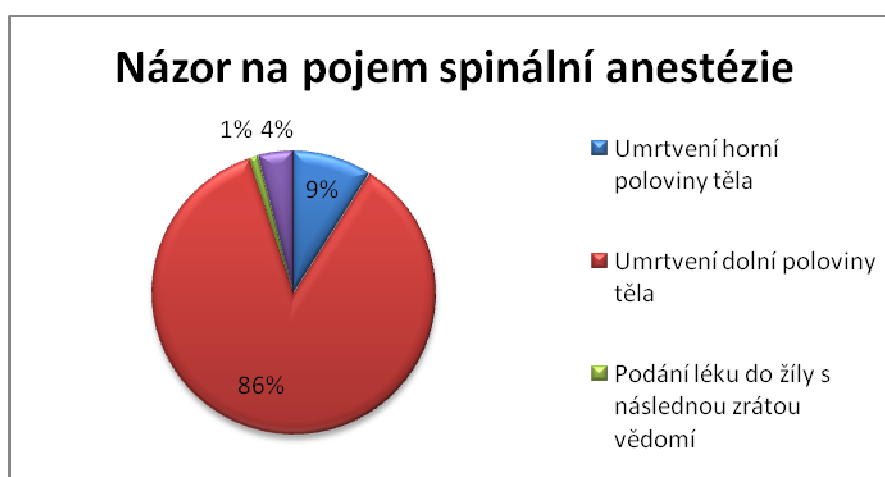
Graf č. 4 – Názor na pojem celková anestézie

OTÁZKA č. 5: *Pod pojmem spinální anestezie si představíte:*

Tabulka č. 5 – Názor na pojem spinální anestezie

Názor na pojem spinální anestezie	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Umrtvení horní poloviny těla	9	9
Umrtvení dolní poloviny těla	86	86
Podání léku do žíly s následnou ztrátou vědomí	1	1
Nic	4	4
Jiné	0	0
Celkem	100	100

Pátou otázkou jsem zjišťovala vědomost respondentů o spinální anestézii (viz tab. 5). První v pořadí se umístila správná odpověď umrtvení dolní poloviny těla, kterou uvedlo 86 respondentů (86%). Na druhém místě je odpověď umrtvení horní poloviny těla. Tuto možnost zvolilo 9 respondentů (9%). Čtyři respondenti (4%) si pod pojem spinální anestezie nepředstavili nic (viz graf 5). Žádný respondent nezvolil poslední možnost, kde mohl vlastními slovy vyjádřit přímo svůj názor.



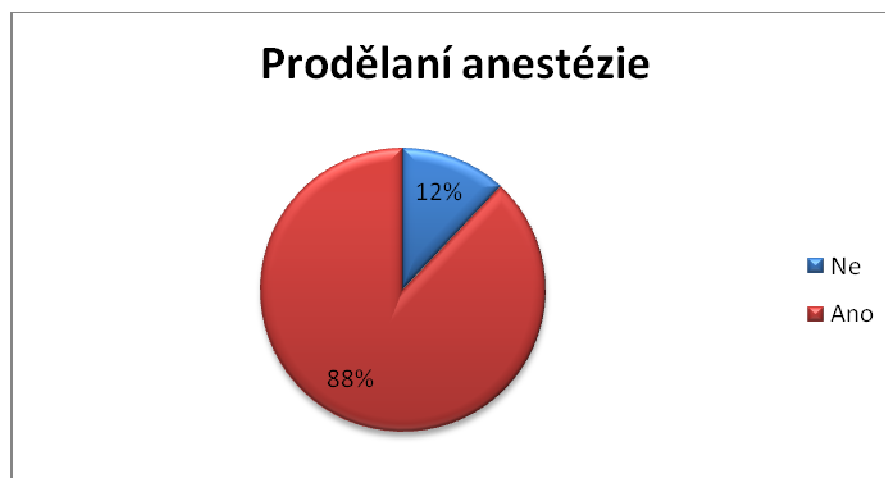
Graf č. 5 – Názor na pojem spinální anestezie

OTÁZKA č. 6: *Prodělal/a jste už anestezii?*

Tabulka č. 6 – Prodělání anestézie

Prodělání anestézie	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	12	12
Ano	88	88
Celkem	100	100

Šestou otázkou jsem zjišťovala, zda již v minulosti respondenti prodělali anestézii (viz tab. 6). Z celkového počtu dotázaných podstoupilo anestézii 88 respondentů (88%). Z 88mi respondenty prodělalo v minulosti 69 celkovou anestézii (78,4%) a 12 anestézii místní (13,6%). Dvanáct respondentů (12 %) uvedlo, že anestézii neprodělali (viz graf 6). Respondenti, kteří v této otázce uvedli možnost, že anestézii neprodělali, pokračovali ve svých odpovědích otázkou č. 8.



Graf č. 6 – Prodělání anestézie

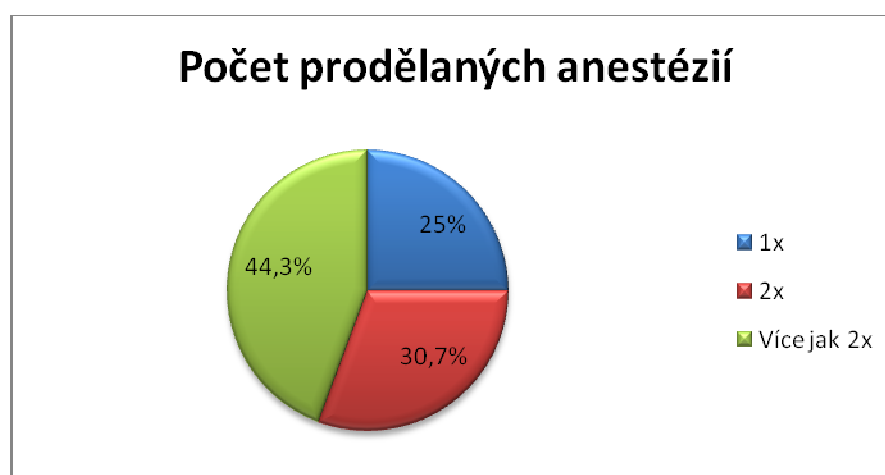
OTÁZKA č. 7: *Kolikrát jste anestezii prodělal/a?*

Tabulka č. 7 – Počet prodělaných anestézií

Počet prodělaných anestézií	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1x	22	25
2x	27	30,7
Více jak 2x	39	44,3
Celkem	88	100

Pozn.: Následující tabulka a graf se týká pouze respondentů, kteří uvedli, že anestézii již prodělali. Celkově se jedná o 88 dotázaných.

V sedmé otázce jsem u dotazovaných zjišťovala počet prodělaných anestézií (viz tab. 7). Nejvíce respondentů 39 (44,3%) uvedlo, že prodělali anestézii více jak 2x. Jako druzí v pořadí byli respondenti, kteří prodělali anestézii 2x, celkem jich bylo 27 (30,7 %). Z celkového počtu 88 respondentů prodělalo 1x anestézii 22 dotázaných (25%) (viz graf 7).



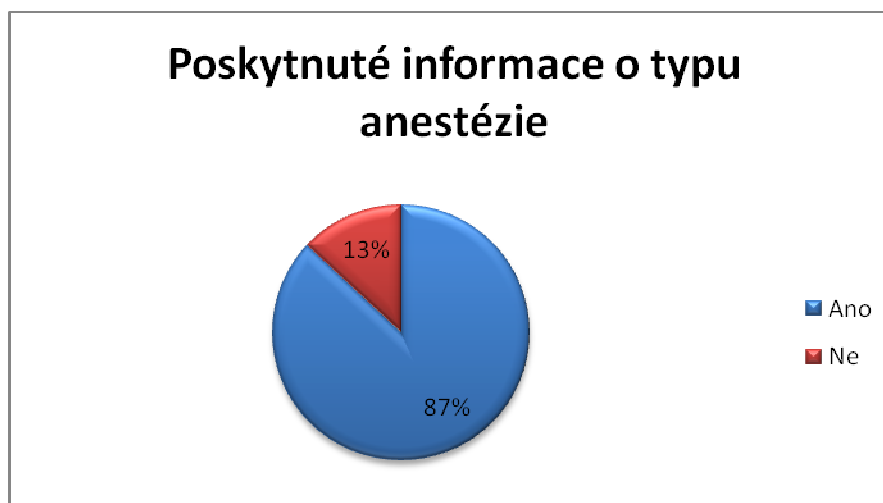
Graf č. 7 – Počet prodělaných anestézie

OTÁZKA č. 8: Víte, jaký typ anestezii Vás čeká?

Tabulka č. 8 – Poskytnuté informace o typu anestézie

Poskytnuté informace o typu anestézie	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	87	87
Ne	13	13
Celkem	100	100

V osmé otázce jsem zjišťovala informovanost respondentů o typu anestézie (viz tab. 8). Celkem 87 respondentů (87%) uvedli, že byli informováni o typu anestézii (viz graf 8). Naopak o typu anestézie nebylo informováno 13 respondentů (13%).



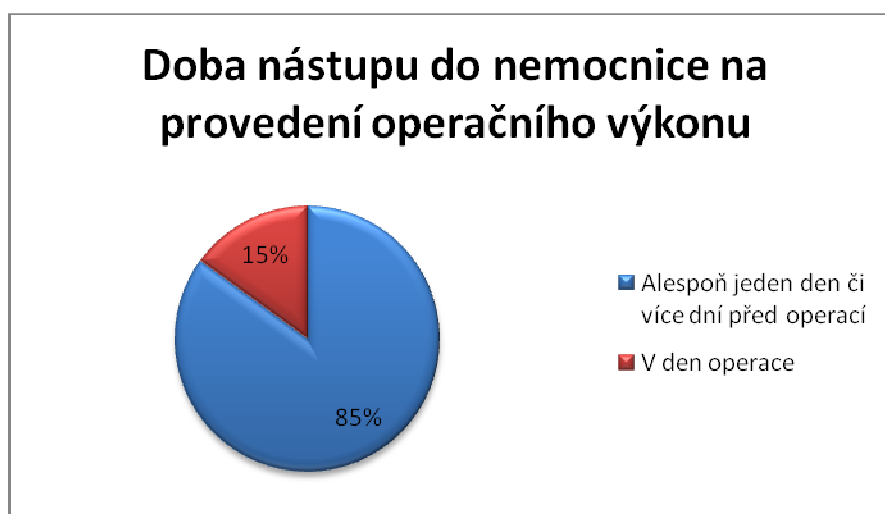
Graf č. 8 – Poskytnuté informace o typu anestézie

OTÁZKA č. 9 : *Kdy jste nastoupil/a do nemocnice na provedení operačního výkonu?*

Tabulka č. 9 – Doba nástupu do nemocnice na provedení operačního výkonu

Doba nástupu do nemocnice na provedení operačního výkonu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Alespoň jeden den či více dní před operací	85	85
V den operace	15	15
Celkem	100	100

Pomocí deváté otázky jsem zjišťovala, kdy respondent nastoupil do nemocnice na provedení operačního výkonu (viz tab. 9). Osmdesát pět respondentů (85%) uvedlo, že nastoupili do nemocnice alespoň jeden den či více před operací (viz graf 9). Zbýlých 15 respondentů nastoupili do nemocnice v den operace (15%)



Graf č. 9 – Doba nástupu do nemocnice na provedení operačního výkonu

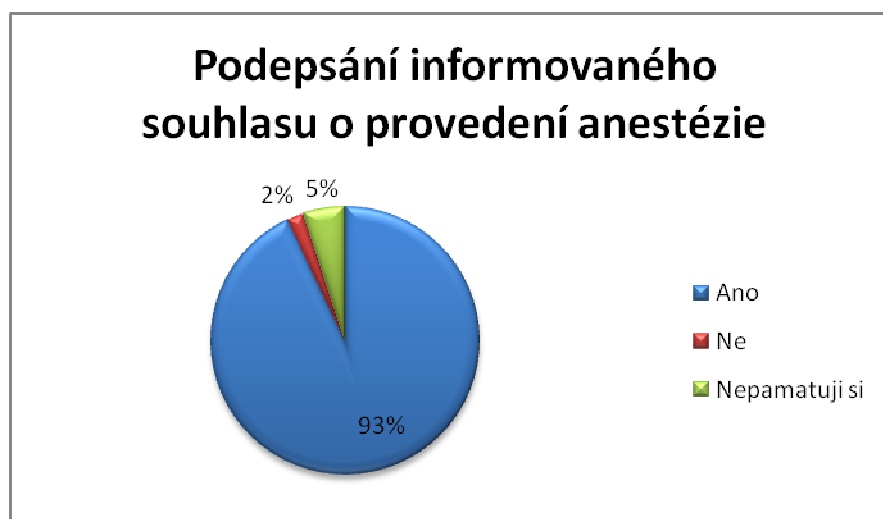
OTÁZKA č. 10: *Podepsal/a jste před operačním výkonem informovaný souhlas o provedení anestézie?*

Tabulka č. 10 – Podepsání informovaného souhlasu o provedení anestézie

Podepsání informovaného souhlasu o provedení anestézie	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	93	93
Ne	2	2
Nepamatuji si	5	5
Celkem	100	100

Pozn.: Možnost odpovědi NE volili pacienti, kteří informovaný souhlas o provedení anestézie nedostali.

Desátá otázka se zabývala podepsáním informovaného souhlasu o typu anestézie (viz tab. 10). Informovaný souhlas celkem podepsalo 93 respondentů (93%). Pět respondentů si nepamatuje, zda informovaný souhlas podepsali (5%) a 2 respondenti informovaný souhlas o provedení anestézie nepodepsali (viz graf 10).



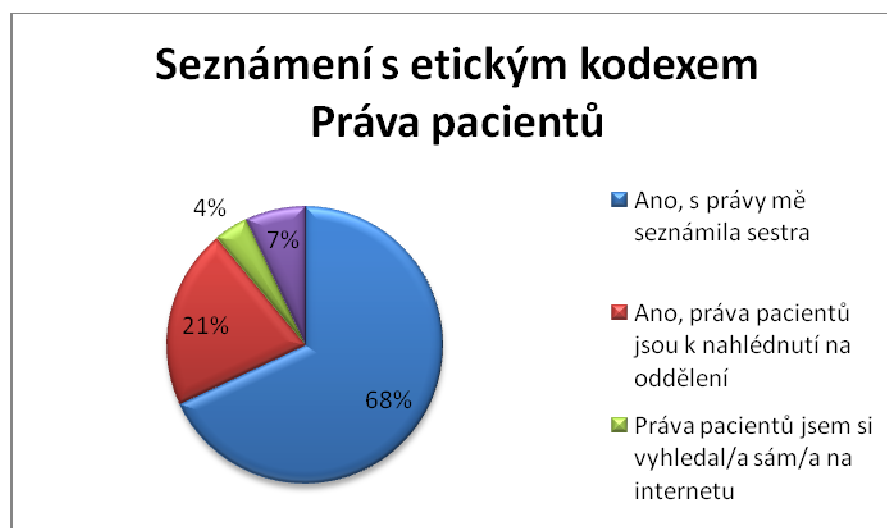
Graf č. 10 – Podepsání informovaného souhlasu o provedení anestézie

OTÁZKA č. 11: *Byl/a jste seznámen s etickým kodexem Práva pacientů?*

Tabulka č. 11 – Seznámení s etickým kodexem Práva pacientů

Seznámení s etickým kodexem Práva pacientů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, s právy mě seznámila sestra	68	68
Ano, práva pacientů jsou k nahlédnutí na oddělení	21	21
Práva pacientů jsem si vyhledal/a sám/a na internetu	4	4
Ne, nikdo mě s právy neseznámil	7	7
Celkem	100	100

V jedenácté otázce mě zajímalo, jestli byli respondenti seznámeni s etickým kodexem Práva pacientů (viz tab. 11). Celkem 68 respondentů (68 %) uvedlo, že je s Právy pacientů seznámila sestra (viz graf 11). Dvacet jedna respondentů (21%) uvedlo, že měli možnost nahlédnutí na etický kodex Práva pacientů na oddělení. Čtyři respondenti (4%) si vyhledali informace o etickém kodexu Práva pacientů sami na internetu a 7 respondentů (7%) uvedlo, že je nikdo s Právy pacientů neseznámil.



Graf č. 11 – Seznámení s etickým kodexem Práva pacientů

OTÁZKA č. 12: *Byl/a jste před operačním výkonem informován/a o anestézii?*

Tabulka č. 12 – Informovanost o anestézii před operačním výkonem

Informovanost o anestézii před operačním výkonem	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	97	97
Ne	3	3
Celkem	100	100

Ve dvanácté otázce mě zajímalo, zda byli respondenti informováni o anestézii před operací (*viz tab. 12*). Celkem 97 respondentů (97%) bylo informováno o anestézii před operací a 3 respondenti (3%) informováni nebyli (*viz graf 12*). Respondenti, kteří v této otázce uvedli možnost, že nebyli o anestézii před operačním výkonem informováni, pokračovali ve svých odpovědích otázkou č. 21.

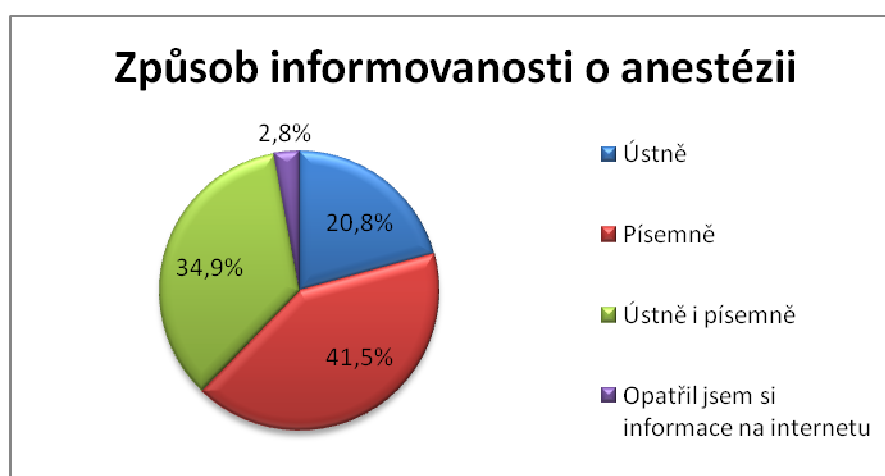


Graf č. 12 – Informovanost o anestézii před operačním výkonem

OTÁZKA č. 13 - Jakou formou jste byl/a o anestézii informován/a?*Tabulka č. 13 – Způsob informovanosti o anestézii*

Způsob informovanosti o anestézii	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ústně	22	20,8
Písemně	44	41,5
Ústně i písemně	37	34,9
Opatřil jsem si informace na internetu	3	2,8
Jiné	0	0
Celkem	106	100

Ve třinácté otázce mě zajímalo, jakou formou byli respondenti informováni o anestézii (viz tab. 13). Na tuto otázku odpovídalo celkem 97 respondentů, kteří v předchozí otázce uvedli, že byli informováni o anestézii před operačním výkonem a mohli zde uvést více možných odpovědí. Dohromady jich uvedli 106 (100%). Celkový počet odpovědí, kde respondenti uvedli, že byli informováni o anestézii písemně byl 44 (41,5%). Formou ústní a písemnou bylo celkem informováno 37 respondentů (34,9%). Prostřednictvím rozhovoru získalo informace 22 respondentů (20,8%). Odpověď opatření informací na internetu uvedli 3 respondenti (2,8%). Další možnou odpověď neoznačil žádný respondent (viz graf 13).

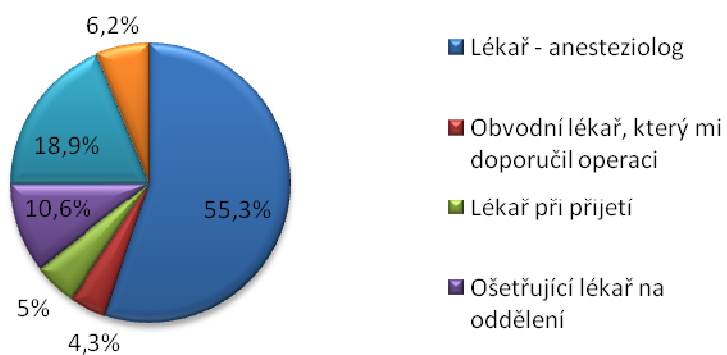
*Graf č. 13 – Způsob informovanosti o anestézii*

OTÁZKA č. 14: Kdo Vám poskytl informace?*Tabulka č. 14 – Informace o anestézii poskytl*

Informace o anestézii poskytl	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Lékař - anesteziolog	89	55,3
Obvodní lékař, který mi doporučil operaci	7	4,3
Lékař při přijetí	8	5,0
Ošetřující lékař na oddělení	17	10,6
Anesteziologická sestra	30	18,9
Ošetřující sestra na oddělení	10	6,2
Jiné	0	0
Celkem	161	100

Prostřednictvím čtrnácté otázky jsem zjišťovala, kdo respondentům informace poskytl (*viz tab. 14*). Na tuto otázku odpovídalo celkem 97 dotázaných (100%), kteří mohli uvést více možných odpovědí. Dohromady jich uvedli 161 (100%). Nejvíce respondentů bylo poučeno lékařem anesteziologem. Odpovědělo tak celkem 89 respondentů (55,3 %). Anesteziologickou sestrou bylo poučeno celkem 30 respondentů (18,9 %). Ošetřující lékař oddělení podal informace o anestézii 17 respondentům (10,6 %). Z celkového počtu dotázaných 10 respondentů (6,2%) uvedlo, že informace o anestézii dostali od ošetřující sestry na oddělení. Osm respondentů (5%) informoval lékař při přijetí a 7 respondentů (4,3%) obvodní lékař, který doporučil operaci (*viz graf 14*). Jinou možnost jako svou odpověď nevyplnil žádný respondent.

Informace o anestézii poskytl



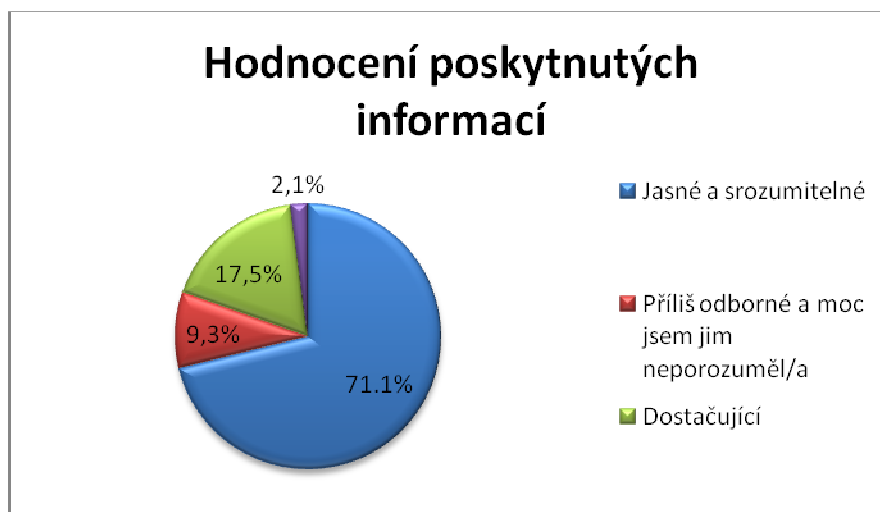
Graf č. 14 – Informace o anestézii poskytl

OTÁZKA č. 15: Poskytnuté informace o anestezii byly:

Tabulka č. 15 – Hodnocení poskytnutých informací

Hodnocení poskytnutých informací	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Jasně a srozumitelné	69	71,1
Příliš odborné a moc jsem jim neporozuměl/a	9	9,3
Dostačující	17	17,5
Zcela nedostačující	2	2,1
Celkem	97	100

V patnácté otázce mě zajímalo, jak by ohodnotili respondenti podané informace (viz tab. 15). Na tuto otázku odpovídalo celkem 97 respondentů (100%). Šedesát devět dotazovaných respondentů (71,1%) uvedlo, že pro ně byly informace jasné a srozumitelné (viz graf 15). Pro 17 respondentů byly informace dostačující (17,5%), 9 respondentů zhodnotilo poskytnuté informace jako příliš odborné a moc jim bohužel neporozuměli (9,3%). Poslední v pořadí se umístila odpověď, kde 2 respondenti uvedli, že pro ně byly informace zcela nedostačující (2,1%).



Graf č. 15 – Hodnocení poskytnutých informací

OTÁZKA č. 16: *Porozuměl/a jste podaným informacím?*

Tabulka č. 16 – Míra porozumění podaným informacím

Míra porozumění podaným informacím	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	61	62,9
Spíše ano	27	27,8
Spíše ne	6	6,2
Ne	3	3,1
Celkem	97	100

V šestnácté otázce jsem zjišťovala, zda byly pro respondenty informace srozumitelné (viz tab. 16). Celkem zde odpovídalo 97 respondentů (100%). Šedesát jedna dotazovaných respondentů odpovědělo, že daným informacím porozuměli (62,9%). Dále 27 respondentů (27,8%) odpovědělo spíše ano a 6 respondentů zvolilo možnost spíše ne (6,2%). Tři (3%) respondenti informacím nerozuměli a označili proto možnost ne (viz graf 16).



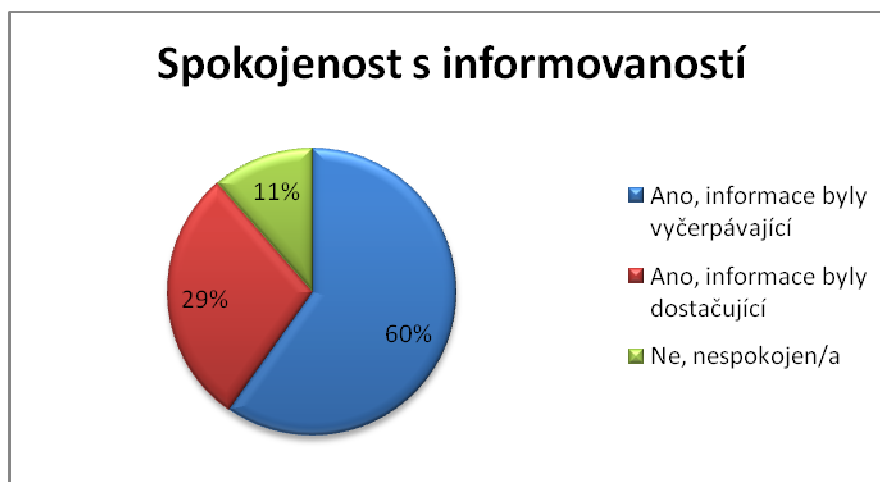
Graf č. 16 – Míra porozumění podaným informacím

OTÁZKA č. 17: *Byl/a jste spokojen/a s podáním informací o anestezii před operačním výkonem?*

Tabulka č. 17 – Spokojenost s informovaností

Spokojenost s informovaností	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, informace byly vyčerpávající	58	59,8
Ano, informace byly dostačující	28	28,9
Ne, nespokojen/a	11	11,3
Celkem	97	100

Sedmnáctá otázka zjišťovala spokojenost respondentů s podáním informací týkající se anestézie (viz tab. 17). Celkem odpovídalo opět 97 respondentů (100%). Za vyčerpávající považovalo informace celkem 58 respondentů (59,8%), pro 28 respondentů (28,9%) byly informace dostačující (viz graf 17). Jedenáct respondentů bylo s podáním informací nespokojeno (11,3%).



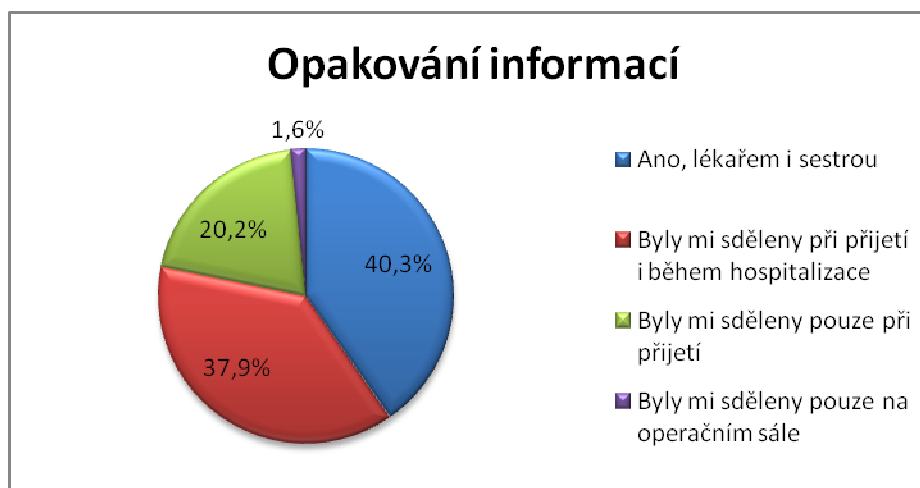
Graf č. 17 – Spokojenost s informovaností

OTÁZKA č. 18: *Byly vám informace o anestezii opakovány?*

Tabulka č. 18 – Opakování informací

Opakování informací	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, lékařem i sestrou	50	40,3
Byly mi sděleny při přijetí i během hospitalizace	47	37,9
Byly mi sděleny pouze při přijetí	25	20,2
Byly mi sděleny pouze na operačním sále	2	1,6
Celkem	124	100

V osmnácté otázce mě zajímalo, zda byly informace o anestézii respondentům opakovány (viz tab. 18). Na tuto otázku odpovídalo celkem 97 dotázaných, kteří mohli uvést více možných odpovědí. Dohromady jich uvedli 124 (100%). Padesáti respondentům (40,3%) byly informace opakovány lékařem a sestrou, 47 respondentů získalo informace při přijetí i během hospitalizace (37,9%). Pětadvaceti (20,2%) respondentům byly informace sděleny pouze při přijetí a 2 respondenti (1,6%) byli informováni pouze na operačním sále (viz graf 18).



Graf č. 18 – Opakování informací

OTÁZKA č. 19: *Představil se Vám zdravotnický personál, který Vás informoval?*

Tabulka č. 19 – Představení se zdravotnického personálu

Představení se zdravotnického personálu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	90	92,8
Ne	2	2,1
Nevzpomínám si	5	5,2
Celkem	97	100

V devatenácté otázce mě zajímalo, zda se zdravotnický personál při informování respondentů představil (viz tab. 19). Z celkového počtu odpovědí 97 (100%) se zdravotnický personál představil 90ti respondentům (92,8%), 5 respondentů si již nevzpomíná (5,2%) a ve dvou případech (2,1%) se zdravotnický personál nepředstavil (viz graf 19).



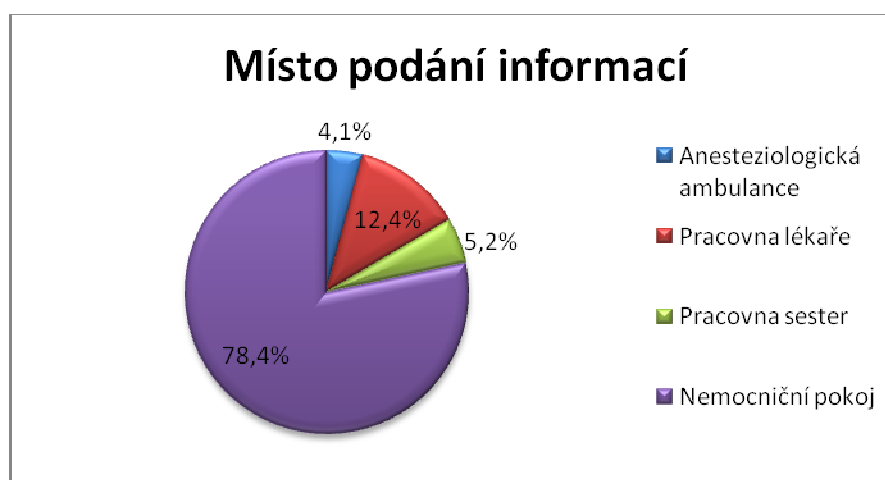
Graf č. 19 – Představení se zdravotnického personálu

OTÁZKA č. 20: *Kde Vám byly podány informace o anestezii?*

Tabulka č. 20 – Místo podání informací

Místo podání informací	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Anesteziologická ambulance	4	4,1
Pracovna lékaře	12	12,4
Pracovna sester	5	5,2
Nemocniční pokoj	76	78,4
Jinde	0	0
Celkem	97	100

Ve dvacáté otázce jsem u respondentů zjišťovala, kde jim byly informace o anestézii podány (viz tab. 20). Celkem zde odpovídalo 97 respondentů (100%). Nejvíce dotázaných respondentů 79 (78,4%) uvedlo, že místo podání informací byl nemocniční pokoj (viz graf 20). V pracovně lékaře uvedlo podání informací 12 respondentů (12,4%). Odpověď pracovna sester uvedlo 5 respondentů (5,2%). V anesteziologické ambulanci byly poskytnuty informace čtyřem respondentům (4,1%). Vzhledem k absenci anesteziologické ambulance se s velkou pravděpodobností jednalo o ambulance jiných oborů. Jinou možnost neuvedl žádný respondent.



Graf č. 20 – Místo podání informací

OTÁZKA č. 21: *Mohl/a jste si vybrat druh anestézie?*

Tabulka č. 21 – Možnost zvolení druhu anestézie

Možnost zvolení druhu anestézie	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	46	46
Ne	54	54
Celkem	100	100

Pomocí jednadvacáté otázky jsem zjišťovala, zda si mohli respondenti vybrat druh anestézie (viz tab. 21). Ze 100 respondentů (100%) odpovědělo 54 (54%), že si vybrat druh anestézie nemohli a naopak 46 odpovědělo (46%), že si vybrat druh anestézie mohli (viz graf 21).



Graf č. 21- Možnost zvolení druhu anestézie

OTÁZKA č. 22: *Byl/a jste informován/a o možných komplikacích z anestézie?*

Tabulka č. 22 – Informovanost o možných komplikacích z anestézie

Informovanost o možných komplikacích z anestézie	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	81	81
Ne	19	19
Celkem	100	100

V dvaadvacáté otázce jsem se snažila od respondentů zjistit, zda byli informováni o komplikacích spojených s anestézií (viz *tab. 22*). Informováno bylo 81 respondentů (81%). Počet respondentů, (viz *graf 22*) kteří nebyli informováni o komplikacích spojených s anestézií byl 19 (19%). Respondenti, kteří v otázce uvedli možnost, že nebyli informováni o komplikacích spojených s anestézií, pokračovali ve svých odpovědích otázkou č. 25.



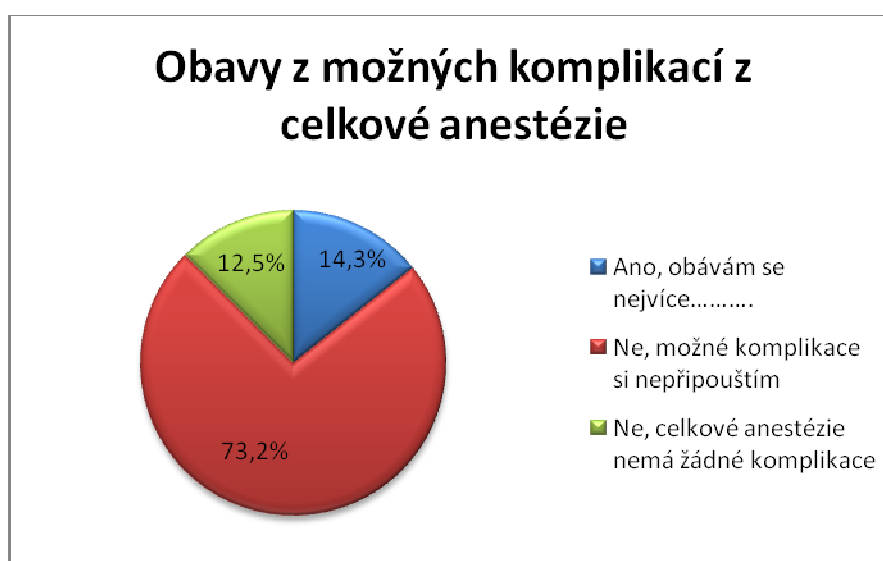
Graf č. 22 – Informovanost o možných komplikacích z anestézie

OTÁZKA č. 23: Obáváte se nějaké možné komplikace z celkové anestézie?

Tabulka č. 23 – Obavy z možných komplikací z celkové anestézie

Obavy z možných komplikací z celkové anestézie	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, obávám se nejvíce.....	8	14,3
Ne, možné komplikace si nepřipouštím	41	73,2
Ne, celkové anestézie nemá žádné komplikace	7	12,5
Celkem	56	100

Třidvacátá otázka byla zaměřena na obavy respondentů z komplikací celkové anestézie (viz tab. 23). Z celkového počtu 56 dotázaných (100%) 41 uvedlo (73,2%), že si možné komplikace si nepřipouštím. Osm respondentů (14,3%) uvedlo, že se obává. Z těchto 8mi respondentů měli 2 (25%) obavy ze zástavy krevního oběhu, 2 (25%) respondenti měli obavy z neurologických komplikací, další 2 (25%) respondenti uvedli jako své obavy zvracení po operaci, 1 (12,5%) respondent uvedl obavu z plicní embolie a jednou (12,5%) také zazněla odpověď zhoršení diabetu mellitu, tedy přidruženého onemocnění. Obavy z komplikací celkové anestézie měli převážně respondenti, kteří anestézii nikdy neprodělali. Sedm respondentů (12,5%) se domnívalo, že celková anestézie nemá žádné komplikace (viz graf 23).



Graf č. 23 – Obavy z možných komplikací z celkové anestézie

OTÁZKA č. 24: *Obáváte se nějaké možné komplikace z místní anestézie?*

Tabulka č. 24 – Obavy z možných komplikací z místní anestézie

Obavy z možných komplikací z místní anestézie	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, obávám se nejvíce.....	3	12
Ne, možné komplikace si nepřipouštím	18	72
Ne, místní anestézie nemá žádné komplikace	4	16
Celkem	25	100

Čtyřicetá otázka byla zaměřena na obavy respondentů z komplikací místní anestézie (viz tab. 24). Z celkového počtu 25 (100%) si možné komplikace nepřipouští 18 respondentů (72%). Čtyři respondenti se domnívali, že místní anestézie komplikace nemá (16%) a 3 respondenti uvedli, že obavy mají (viz graf 24). Tito tři respondenti měli odlišné obavy. První se obával poranění míchy, druhý nedostatečného umrtvení daného místa a třetí možného krvácení během operačního výkonu. Opět šlo o respondenty, kteří neměli v minulosti s anestézií zkušenost.



Graf č. 24 – Obavy z možných komplikací z místní anestézie

OTÁZKA č. 25: *Máte obavy ze ztráty vědomí a sebekontroly při anestézii?*

Tabulka č. 25 – Obavy ze ztráty vědomí a sebekontroly při anestézii

Obavy ze ztráty vědomí a sebekontroly při anestézii	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	8	8
Spíše ano	9	9
Spíše ne	48	48
Ne, jsem zcela bez obav	35	35
Celkem	100	100

V pětadvacáté otázce jsem se snažila zjistit od respondentů, zda mají obavy ze ztráty vědomí a sebekontroly (viz tab. 25). Z celkového počtu 100 (100%) respondentů uvedlo možnost odpovědi spíše ne 48 (48%) respondentů. Zcela bez obav bylo 35 respondentů (35%). Odpověď spíše ano zvolilo 9 respondentů (9%) a 8 respondentů (8%) uvedlo, že má obavy ze ztráty vědomí a sebekontroly (viz graf 25). I zde měli spíše obavy respondenti, kteří podstupují anestézii prvně.



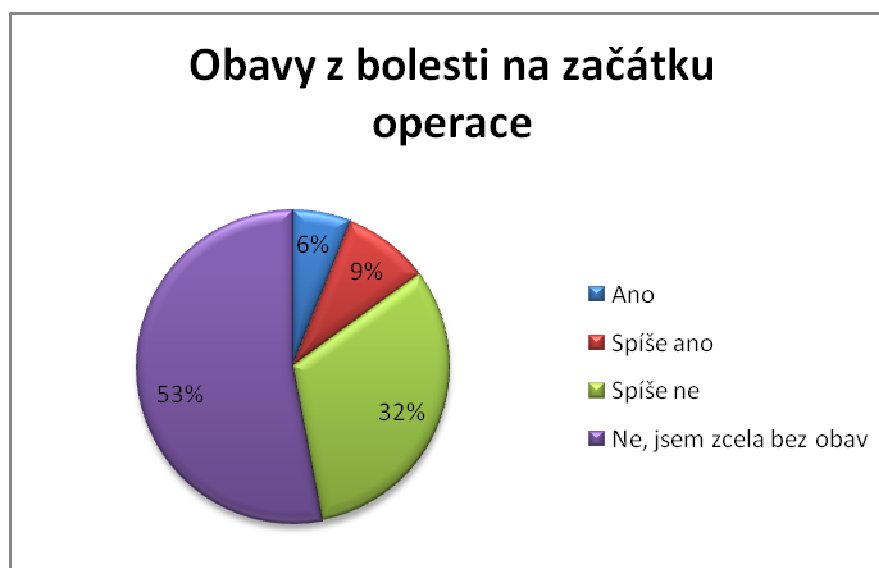
Graf č. 25 – Obavy ze ztráty vědomí a sebekontroly při anestézii

OTÁZKA č. 26: Máte obavy, že ucítíte bolest na začátku operačního výkonu?

Tabulka č. 26 – Obavy z bolesti na začátku operace

Obavy z bolesti na začátku operace	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	6	6
Spíše ano	9	9
Spíše ne	32	32
Ne, jsem zcela bez obav	53	53
Celkem	100	100

V šestadvacáté otázce jsem u respondentů zjišťovala jejich obavy z vnímání bolesti na začátku operace (viz tab. 26). Z celkového počtu 100 (100%) respondentů uvedlo celkem 53 respondentů (53%) že jsou zcela bez obav. Možnou odpověď spíše ne označilo 32 (32%) respondentů. Devět oslovených (9%) uvedlo odpověď spíše ano a 6 respondentů (6%) uvedlo, že obavy má (viz graf 26). Šlo opět převážně o respondenty, kteří v minulosti anestézii nepodstoupili.



Graf č. 26 – Obavy z bolesti na začátku operace

OTÁZKA č. 27: Máte ještě nějaké další obavy z anestezie?

Tabulka č. 27 – Další obavy z anestezie

Další obavy z anestezie	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	4	4
Ne	96	96
Celkem	100	100

V sedmadvacáté, tedy poslední otázce jsem u respondentů hodnotila jejich další obavy z anestezie (viz tab. 27). Devadesát šest respondentů (96%) uvedlo, že nemá další obavy. Celkem 4 respondenti (4%) měli další obavy z anestezie. Dva respondenti se obávali bolestí po operačním výkonu, 1 se obával chybné intubace do jícnu a jednou zazněla i obava z neprobuzení po anestézii (viz graf 27).



Graf č. 27 – Další obavy z anestezie

4 DISKUZE

Byly stanoveny celkem 3 cíle této bakalářské práce:

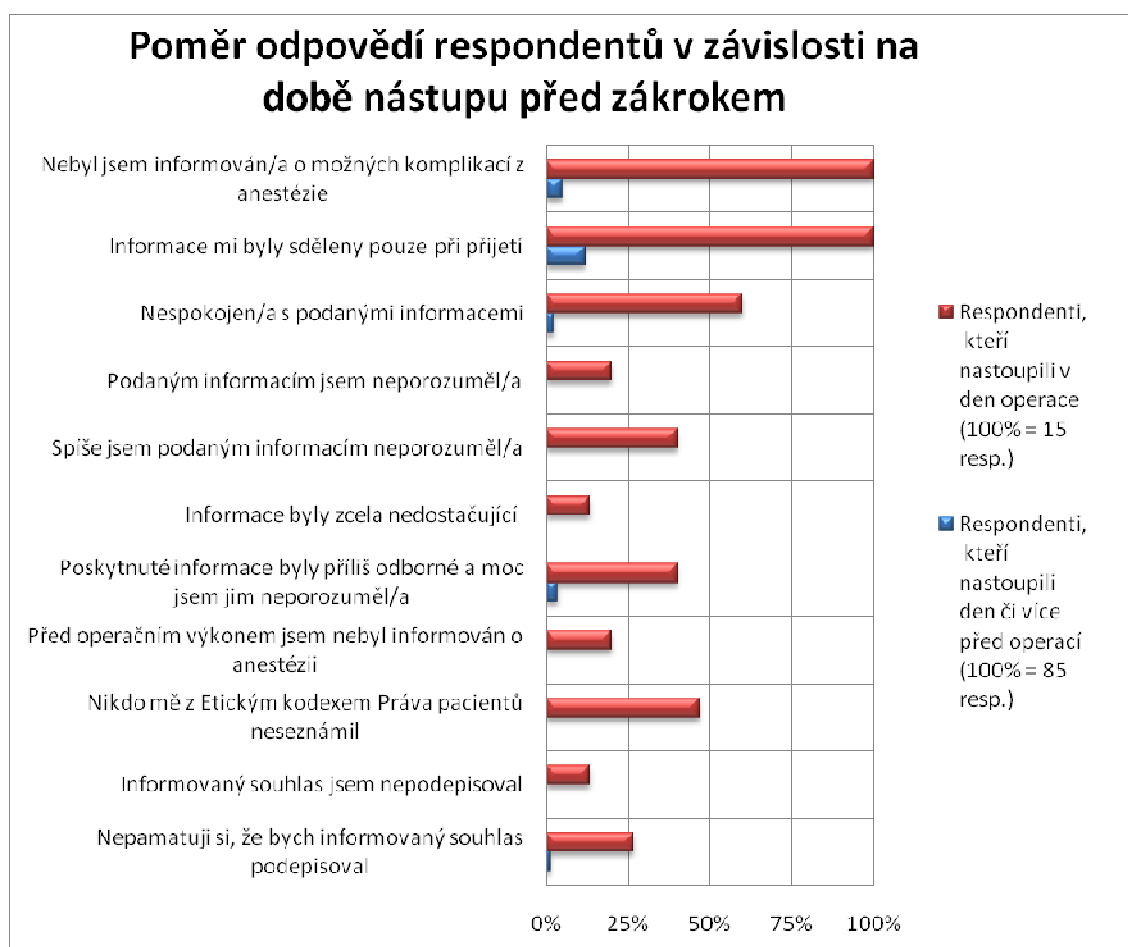
Cíl č. 1: Zjistit, zda jsou klienti/pacienti dostatečně informováni o anestezii před plánovaným operačním výkonem.

Cíl č. 2 : Zjistit, jakým způsobem jsou klienti/pacienti informováni o anestezii a jaká je kvalita těchto informací.

Cíl č. 3: Zjistit, zda mají klienti/pacienti obavy z možných komplikací anestezie.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že budou lépe informováni o anestezii klienti/pacienti, kteří jsou hospitalizováni den či více před operací, než klienti/pacienti, kteří přijdou v den operace. Pravdivost první hypotézy byla zjištěna pomocí otázky č. 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18 a 22. Do nemocnice bylo z celkového počtu tázaných 100 (100%) přijato den či více před operačním výkonem 85 respondentů (85%), v den operace 15 respondentů (15%). Čtyři respondenti přijatí v den operace v otázce č. 10, která zjišťovala, zda respondenti podepsali informovaný souhlas o provedení anestézie si nepamatují, zda informovaný souhlas podepisovali. Takto však odpověděl pouze jeden respondent, který byl hospitalizován den či více před operací. Celkem si tedy nepamatuje 5 respondentů (100%), jestli informovaný souhlas podepisovali, z toho 4 respondenti hospitalizování v den operace (80%) a 1 hospitalizován den či více před operací (20%). Dva tázaní, kteří byli hospitalizováni v den operace, informovaný souhlas k podepsání nedostali vůbec. Ani jeden respondent přijatý den či více před operací, neuvedl možnost, že by informovaný souhlas nepodepsal. Dále se v dotazníku ukázalo, že sedm respondentů nebylo vůbec seznámeno s etickým kodexem Práva pacientů. Opět se jedná v plném rozsahu o respondenty, kteří byli přijati v den operace. Bylo dále zjištěno, že 3 respondenti nebyli informováni o anestézii před operačním výkonem. Znovu šlo pouze o respondenty, kteří byli přijatí v den operace. Dále celkem 9 (100%) respondentů, kteří informováni byli, hodnotí poskytnuté informace jako příliš odborné a příliš jim neporozuměli. Z toho tedy 6 respondentů (66,7%) přijatých v den operace a 3 (33,3%) respondenti přijatí den či více před operací. Dva respondenti zhodnotili poskytnuté informace jako zcela nedostačující. Opět to byli pouze respondenti přijatí v den operace. Dále 6 respondentů informacím o anestézii spíše

neporozuměli, a 3 respondenti těmito informacím neporozuměli vůbec. Obě tato tvrzení zazněla pouze od respondentů přijatých do nemocnice v den operačního výkonu. Dále 11 (100%) respondentů uvedlo, že jsou nespokojeni s podanými informacemi, z toho 9 (81,8%) bylo přijatých v den operace, zbylí 2 (18,2%) den či více před operací. Celkem 25ti (100%) respondentům byly sděleny informace o anestézii pouze při přijetí do nemocnice, z toho 15 bylo respondentů přijatých v den operačního výkonu a zbylých 10 den či více před výkonem. U této odpovědi je poměr pacientů přijatých v den výkonu ku pacientům přijatým den či více před výkonem výrazně rozdílný, než v předešlých otázkách. Z poslední otázky vyplývá, že 19 (100%) respondentů nebylo informováno o možných komplikacích z anestézie. Tuto odpověď uvedlo všech 15 (79%) respondentů přijatých v den operace a pouze 4 (21%) respondenti přijatí den či více před operací. Pokud tento počet 4 respondentů vztáhneme k celkovému číslu 85 (100%) respondentů přijatých den či více před operací, jde pouze o 4,7%. Získaná data jsou zde v souladu s hypotézou (viz. graf č.28).



Graf č.28 – Poměr odpovědí respondentů v závislosti na době nástupu před zákrokem

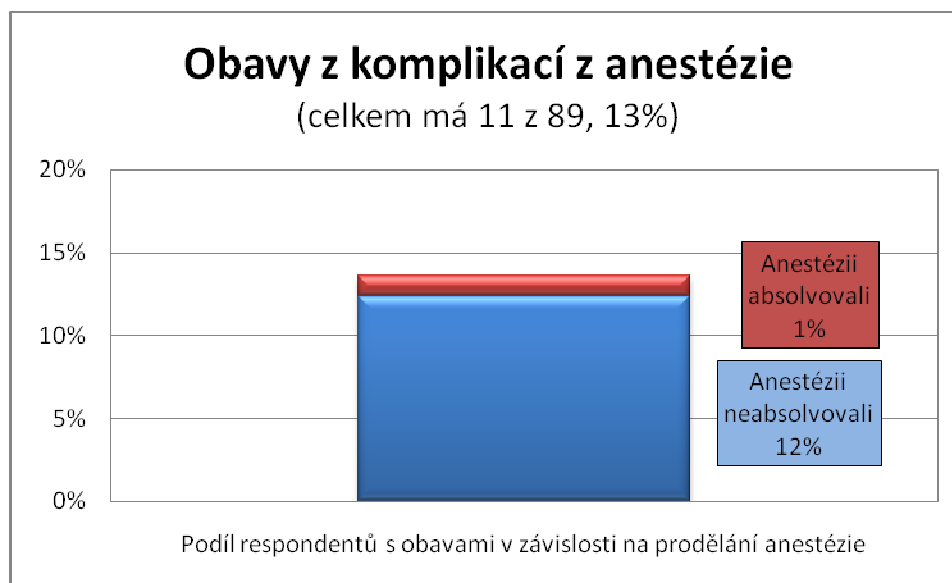
Hypotéza č. 2: Předpokládám, že budou klienti/pacienti informováni o anestézii spíše písemnou formou než ústní formou. Pravdivost druhé hypotézy byla zjištěna pomocí **13. otázky**, která zněla: *Jakou formou jste byl/a o anestézii informován/a?* V této otázce odpovídalo celkem 97 respondentů, kteří si mohli zvolit více možných odpovědí. Celkem bylo uvedeno 106 odpovědí. Bylo opravdu zjištěno, že 44 dotazovaných respondentů bylo informováno o anestézii pouze písemně (41,5%). Tato informace, i když jsem její pravdivost očekávala, mě docela znepokojuje. Před takto náročným výkonem, jako je prodělání anestezie, pouze písemné informace nestačí. Je nutné, aby pacientovi byly informace poskytnuty formou rozhovoru a to nejlépe od lékaře anesteziologa a anesteziologické sestry. Musím však zmínit, že hned v těsné blízkosti se na druhém místě umístilo tvrzení, že respondenti byli informováni jak formou písemnou, tak formou ústní 37 (34,9%). Což je nejlepší možnost podání informací, která může být pacientovi před provedením operačního výkonu poskytnuta. Pouze 22 respondentů (20,8%) bylo informováno prostřednictvím rozhovoru. Tato zjištěná data potvrzují mou hypotézu, že jsou klienti/pacienti informováni o anestézii spíše písemnou formou než ústní.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že ze strany klienta/pacienta bude spokojenost z podaných informací o anestézii, nežli nespokojenost. S hypotézou č. 3 souvisí otázky **č. 15, 16, 17, 18 a 19**. Patnáctá otázka zjišťovala, jak respondenti hodnotí poskytnuté informace. Odpovídalo zde celkem 97 respondentů, z toho 69 dotazovaných (71,1%) uvedlo, že pro ně byly informace jasné a srozumitelné. Naopak 2 respondenti uvedli, že pro ně byly informace zcela nedostačující (2,1%). 16. otázka zněla: *Porozuměl/a jste podaným informacím?* Na tuto otázku opět odpovídalo 97 respondentů. Šedesát jedna dotazovaných respondentů odpovědělo, že daným informacím porozuměli (62,9%), 6 respondentů informacím o anestézii spíše neporozuměli (6,2%) a 3 respondenti informacím nerozuměli vůbec (3,1%). Sedmnáctá otázka, která souvisí s hypotézou nejvíce, dávala respondentům možnost přímo vyjádřit svou spokojenost nebo nespokojenost s podáním informací. Celkem odpovídalo opět 97 respondentů. Za vyčerpávající považovalo informace celkem 58 respondentů (59,8%), pro 28 respondentů (28,9%) byly informace dostačující a 11 respondentů bylo s podáním informací nespokojeno (11,3%). Na tuto hypotézu navazuje i osmnáctá otázka zjišťující zda byly informace o anestézii opakovány. Na tuto otázku odpovídalo celkem 97

dotázaných, kteří mohli uvést více možných odpovědí. Dohromady jich uvedli 124. 50ti respondentům (40,3%) byly informace opakovány lékařem a sestrou, 47 respondentů získalo informace při přijetí i během hospitalizace (37,9%). Při těchto dvou postupech byla ze strany tázaných respondentů spokojenost. Dvaceti pěti respondentům byly informace sděleny pouze při přijetí a 2 respondenti byli informováni pouze na operačním sále (1,6%). U těchto dvou postupů již spokojenost nebyla a respondenti by do budoucna uvítali postup jiný. Poslední otázka, která se týká 4. hypotézy je otázka č. 19, která zní: *Představil se Vám zdravotnický personál, který Vás informoval?* Z celkového počtu odpovědí 97 (100%) se zdravotnický personál představil 90ti respondentům (92,8%), 5 respondentů si již nevzpomíná (5,2%) a ve dvou případech se zdravotnický personál nepředstavil (2,1%). Všechny kladné odpovědi ze zmíněných otázek vedou celkově ke spokojenosti pacienta/klienta z podaných informací. Získaná data jsou zde v souladu s hypotézou.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že budou mít menší obavy z možných komplikací anestezie klienti/pacienti, kteří anestezii již podstoupili, než klienti/pacienti, kteří podstupují anestezii prvně. S hypotézou č. 4 souvisí otázky č. 6, 23 a 24. Z celkového počtu 100 respondentů (100%) již v minulosti prodělalo 88 respondentů (88%) a 12 respondentů anestézii nikdy neprodělalo (12%). Třiadvacátá otázka byla zaměřena na obavy respondentů z komplikací celkové anestezie. Z celkového počtu 56 dotázaných (100%) uvedlo 8 respondentů (14,3%), že se možných komplikací obávají. Celkem tedy mělo obavy z možných komplikací z anestezie 8 respondentů (100%). Obavy z komplikací celkové anestezie mělo 7 (87,5%) respondentů, kteří anestézii nikdy neprodělali a pouze 1 respondent (12,5%), který anestézii již dříve prodělal. Zde je poměr mezi respondenty, kteří anestézii již prodělali a respondenty, kteří anestézii neprodělali nikdy značně rozdílný. Z těchto 8mi respondentů měli 2 (25%) obavy ze zástavy krevního oběhu, 2 (25%) respondenti měli obavy z neurologických komplikací, další 2 (25%) respondenti uvedli jako své obavy zvracení po operaci, 1 (12,5%) respondent uvedl obavu z plicní embolie a jednou (12,5%) také zazněla odpověď zhoršení diabetu mellitu, tedy přidruženého onemocnění. Čtyřiadvacátá otázka byla zaměřena na obavy respondentů z komplikací místní anestezie. Z celkového počtu 25 (100%) se možných komplikací obávali 3 respondenti (12%). Komplikací z místní anestezie se obávali pouze respondenti, kteří anestézii v minulosti nikdy neprodělali.

Tito tři respondenti měli odlišné obavy. První se obával poranění míchy, druhý nedostatečného umrtvení daného místa a třetí možného krvácení během operačního výkonu. Ani jeden respondent, který v minulosti anestézii prodělal, se možných komplikací místní anestézie neobával. Tuto hypotézu jsem vyjádřila pro lepší představu i graficky, kde jsem sečetla obavy z komplikací celkové a místní anestézie (viz graf č.29). Získaná data jsou zde v souladu s hypotézou.



Graf č.29 – Obavy z komplikací z anestézie

Pro svou práci jsem si stanovila 3 cíle, které se týkají informovanosti pacienta o anestézii před plánovaným operačním výkonem a možných komplikací z anestézie. V prvním cíli mé práce mě zajímalo, zda jsou klienti/pacienti dostatečně informováni o anestezii před plánovaným operačním výkonem. V době hospitalizace chce pacient vědět dostatek informací, týkajících se nejen onemocnění, ale také anestezie a rizik. Jak se ukázalo v otázce číslo 12, bylo o anestézii informováno ze 100 respondentů 97, 3 tuto možnost na poskytnutí informací bohužel neměli. Jednalo se o pacienty, kteří byli přijati na provedení operačního výkonu přímo v den operace. Nejednalo se o P/K, kteří byli přijati akutně, šlo o P/K, kteří byli přijati na provedení plánovaného operačního výkonu, takže neposkytnutí informací nebylo z důvodu časové tísně pro špatný zdravotní stav pacienta.

V druhém cíli jsem chtěla zjistit, jakým způsobem jsou P/K informováni a jaká je kvalita těchto informací. Pomocí otázky č. 13 z dotazníku vyplynulo, že většina respondentů byla informována písemně. Což je pro můj výzkum v pořádku, protože jsem takový výsledek očekávala, pro praxi a hlavně pacienty to však v pořádku není. Pacienti/klienti mají právo získat informace i formou rozhovoru. Samotný rozhovor snižuje i strach a nejistotu před operačním výkonem. Vždy by měl lékař anesteziolog v předoperačním období P/K pomocí rozhovoru řádně informovat o diagnóze, důvodech, urgentnosti a rizicích operačního výkonu a jeho průběhu. Základem poučení je tedy rozhovor mezi lékařem a P/K, který je založený na důvěře. Na konci vysvětlujícího pohovoru a poučení se teprve předkládá písemný informovaný souhlas, který P/K stvrdí svým podpisem. Druhá nejčastější odpověď od tázaných respondentů zněla, že byli respondenti informováni jak formou písemnou, tak i ústní. Malá část respondentů si dokonce aktivně opatřila informace o anestézii na internetu.

Informace o anestézii před plánovaným operačním výkonem získala od lékaře anesteziologa podle dotazníkového šetření většina pacientů. Ze strany anesteziologické sestry již takový úspěch nebyl. Při tom anesteziologická sestra by měla informovat P/K o průběhu anesteziologické přípravy přibližně 24 hodin před plánovaným operačním výkonem, měla by poskytnout potřebné množství informací souvisejících s ošetrovatelskými postupy, které anesteziologická sestra provádí. Dále by měla podat informace týkající se večerní a ranní premedikace. V praxi je to tak, že anesteziologické sestry nemají čas edukovat pacienty jeden den před provedením výkonu. Všechny operační programy začínají brzy ráno a anesteziologická sestra má mnoho povinností s přípravou anesteziologického pracoviště a nemá možnost po celý operační program sál opustit. Po ukončení programu, což bývá v odpoledních hodinách, musí sestra pracoviště uklidit, doplnit pomůcky a sál připravit pro případy akutní anestézie. Jako dobrá možnost edukace pacientů dříve než v den operace se jeví edukace na anesteziologické ambulanci. Krajská nemocnice Liberec tuto ambulanci zatím postrádá. Na informovanosti před anestézií se má podílet i ošetřující sestra, která informuje o potřebě lačnění před výkonem, vyjmutí zubní protéz, odstranění všech šperků apod. I přes veškeré uvedené nedostatky, které se pomocí dotazníku potvrdily, většina respondentů zhodnotila celkově podané informace jako jasné a srozumitelné a s informacemi byli spokojeni.

V posledním třetím cíli mě zajímalo, zda mají pacienti/klienti obavy z možných komplikací anestézie. Ze začátku chci zmínit, že o možných komplikacích anestézie bylo ze 100 respondentů informováno 81. Třiadvacátá otázka byla zaměřena na obavy respondentů z komplikací celkové anestézie. Z celkového počtu 51 dotázaných (100%), 8 respondentů (14,3%) uvedlo, že se komplikací obává. Z těchto 8mi respondentů měli 2 obavy ze zástavy krevního oběhu, 2 respondenti měli obavy z neurologických komplikací, další 2 respondenti uvedli jako své obavy zvracení po operaci, 1 respondent uvedl obavu z plicní embolie a jednou také zazněla odpověď zhoršení diabetu mellitu. Obavy z komplikací celkové anestézie měli převážně respondenti, kteří anestézii nikdy neprodělali, což je pochopitelné protože neměli s anestézií žádné osobní zkušenosti. Čtyřiadvacátá otázka byla zaměřena na obavy respondentů z komplikací místní anestézie. Z celkového počtu 25 (100%) 3 respondenti uvedli, že obavy mají. Tito tři respondenti měli odlišné obavy. První se obával poranění míchy, druhý nedostatečného umrtvení daného místa a třetí možného krvácení během operačního výkonu. Opět šlo o respondenty, kteří neměli v minulosti s anestézií osobní zkušenost. Menší počet respondentů udával i obavy ze ztráty vědomí a sebekontroly během anestézie a ucítění bolesti ze začátku operačního výkonu. Z větší části šlo opět o P/K, kteří podstupovali anestézii prvně.

5 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou informovaností pacientů o anestézii před plánovaným operačním výkonem. Zaměřila jsem se na kvalitu informovanosti pacientů v Krajské nemocnici Liberec a to na oddělení všeobecné chirurgie, onkochirurgie, kardiologie a spinální jednotku. Zajímalo mě, jak byli pacienti informováni o anestézii, zda porozuměli podaným informacím, zda pro ně byly informace dostačující, zda měli obavy z anestézie a zda se obávali možných komplikací anestézie.

Práce sestávala z části teoretické a praktické. V teoretické části jsem po prostudování odborné literatury popisovala podstatné znaky informovanosti. Zaměřila jsem se na informování P/K lékařem a zdravotní sestrou, informovaný písemný souhlas, pravidla komunikace a význam informovanosti v anestézii. V další části jsem se věnovala samotnému pojmu anestézie, kterou jsem rozdělila do dvou základních skupin, uvedla nejčastější možné komplikace z anestézie a popsala přípravu pacienta před anestézií a práci anesteziologické sestry.

V praktické části jsem pomocí dotazníkového šetření ověřovala očekávané výsledky k jednotlivým cílům mé práce. Všechny mnou stanovené cíle směřovaly k zjištění informovanosti klientů/pacientů o anestézii před plánovaným operačním výkonem. Potvrdilo se mi, že jsou P/K informováni o anestézii ve větší míře písemnou formou, že jsou lépe informováni pacienti, kteří nastoupili do nemocnice na provedení výkonu alespoň jeden den před výkonem, že se možných komplikací z anestézie obávají spíše pacienti, kteří anestézii v minulosti nikdy nepodstoupili a že ve větší míře panovala z podaných informací spokojenost.

I když hodnocení pacientů bylo v celku příznivé, zůstává tu stále prostor pro zlepšování. Zdokonalování spočívá v komunikačních dovednostech lékaře, zdravotní sestry a dokázat tyto dovednosti efektivně využít. Prioritou naší pracovní činnosti je spokojený pacient, a pokud možno bezpečný a příjemný průchod pacientů nemocniční epizodou, minimalizovat rizika při všech prováděných činnostech. K tomu jistě velkou měrou přispívá profesionální poskytování informací.

V bakalářské práci jsem dospěla k závěru, že jenom vzájemná informovanost a prohloubení společné efektivní komunikace mezi zdravotníky a pacienty, mohou přispět ke zlepšení oboustranného vztahu, zlepšit styl a kvalitu práce.

6 NÁVRH DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě výsledků dotazníkového šetření jsem si připravila návrhy na řešení:

- Seznámit s výsledky šetření management nemocnice a zaměstnance ARO.
- Uspořádat vzdělávací akci na téma: „Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví.“
- Podporovat vzdělávání jednotlivých zdravotnických pracovníků v oblasti komunikace s pacientem/klientem.
- Nutnost poskytování informací o možnostech anestézie a možných komplikací jak formou ústní, tak i písemnou.
- Doplnit internetové stránky Krajské nemocnice Liberec o informace týkající se anestézie.

7 SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

Seznam monografií

1. ADAMUS, Milan, a kolektiv. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 343 s. ISBN 978-80-244-2425-5.
2. DUDA, Miloslav, a spol. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 392 s. ISBN 80-7169-642-0.
3. FARKAŠOVÁ, Dana, *Ošetrovatelství teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
4. GLADKIJ, Ivan, a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas Proč a jak?* 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o etice*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena.: *Práva pacientů. Komentované vydání*. Havířov: Nakladatelství Aleny Kutilové 1996, 176 s. ISBN 80-902163-0-7.
9. HONZÁK, Radkin. *Komunikační dovednosti v medicíně*. 2., doplň .vyd. Praha: Galén, 1999. 168 s. ISBN 80-858-2460-4.

10. KASAL, Eduard. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 197 s. ISBN 80-246-0556-2.
11. KUBICOVÁ, Ľudmila, a kol. *Chirurgické ošetrovatelstvo*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2000. 119s. ISBN 80-8063-049-6.
12. LARSEN, Reinhard. *Anestezie*. 7. vyd. přepracované a rozšířené. Praha: Grada, 2004. 1392 s. ISBN 80-247-04765.
13. MACH, Jan. *Lékař a právo*. Praha: Grada 2010, s. 320. ISBN: 978-80-247-3683-9.
14. MÁLEK J., DVOŘÁK, A., a kol. *Základy anesteziologie*. 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2009. s. 87. Projekt č.1072/2009
15. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
16. ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas*, 1. vyd. Praha: ASPI, 2007. 260 s. ISBN 978-80-7357-268-6.
17. TRACHTOVÁ, Eva, a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. NCONZO: Brno 2006, 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
18. VONDRÁČEK, Lubomír, LUDVÍK, Miloslav. *České ošetrovatelství 12, zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi 1*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2003. 74 s. ISBN 80-7013-376-7.
19. ZEMANOVÁ, Jitka. *Základy anesteziologie – 1. část*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 149 s. ISBN 80-7013-374-0.
20. ZEMANOVÁ, Jitka. *Základy anesteziologie – 2. část*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 163 s. ISBN 80-7013-430-5.

Seznam internetových zdrojů

21. ADAMUS, M. *Svalová relaxace v anesteziologii – nová koncepce antagonizování nervosvalového bloku* [online]. 2010 [cit. 2013-04-20]. Dostupné z:
<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/svalova-relaxace-v-anesteziologii-nova-koncepce-antagonizovani-nervosvaloveho-bloku-456193>
22. ŠACHOVÁ, M. *Komunikace pro zdravotní sestry* [online]. 2007 [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/komunikace-pro-zdravotni-sestry-305496>
23. WIKIPEDIE. *Anesteziologie a resuscitace* [online]. [cit. 2013-02-22]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Anesteziologie_a_resuscitace
24. WIKISKRIPTA. *Komunikace/SŠ (sestra)* [online]. [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: [http://www.wikiskripta.eu/index.php/Komunikace/S%C5%A0_\(sestra\)](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Komunikace/S%C5%A0_(sestra))

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1. – Dotazník

Příloha č. 2. – Informovaný souhlas s podáním anestézie

Příloha č. 3. – Informovaný souhlas s podáním anestézie dítěti

Příloha č. 4 – Etický kodex Práva pacientů

Příloha č. 5 - Protokoly o provádění výzkumu

Příloha č. 1 – Dotazník

(6 stran)

Vážená paní, vážený pane

Jmenuji se Martina Hušková, jsem studentkou 3. ročníku Technické univerzity v Liberci, obor Všeobecná sestra. Zpracovávám bakalářskou práci na téma: „Informovanost pacienta o anestézii před plánovaným operačním výkonem.“ Obracejím se na Vás s prosbou o spolupráci. Přečtete si prosím znění jednotlivých otázek v dotazníku a zaškrtnete pouze jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak. Tento dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity pouze pro můj výzkum.

Děkuji za Váš čas a pomoc při mé práci

1) Jakého jste pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

2) Kolik je Vám let?

- a) 15 – 20
- b) 21 – 30
- c) 31 – 40
- d) 41 – 50
- e) 51 – 60
- f) 61 a více

3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Vyučen bez maturity
- c) Vyučen s maturitou
- d) Středoškolské s maturitou
- e) Vyšší odborné
- f) Vysokoškolské

4) Pod pojmem celková anestezie si představíte:

- a) Opich operační rány
- b) Znečistlivění určité části těla
- c) Podání léků do žíly s následnou ztrátou vědomí
- d) Nic
- e) Jiné (prosím uveďte).....

5) Pod pojmem spinální anestezie si představíte:

- a) Umrtnění horní poloviny těla
- b) Umrtnění dolní poloviny těla
- c) Podání léků do žíly s následnou ztrátou vědomí
- d) Nic
- e) Jiné (prosím uveďte).....

6) Prodělal/a jste už anestezii?

- a) Ne
- b) Ano (napište prosím jakou).....

Pokud jste v otázce odpověděl/a NE, pokračujte otázkou č. 8

7) Kolikrát jste anestezii prodělal/a?

- a) 1x
- b) 2x
- c) Více jak 2 x

8) Víte, jaký typ anestezie Vás čeká?

- a) Ano
- b) Ne

9) Kdy jste nastoupil/a do nemocnice na provedení operačního výkonu?

- a) Alespoň jeden den či více dní před operací
- b) V den operace

10) Podepsal/a jste před operačním výkonem informovaný souhlas o provedení anestezie?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nepamatuji si

11) Byl/a jste seznámen s etickým kodexem Práva pacientů?

- a) Ano, s právy pacientů mě seznámila sestra
- b) Ano, práva pacientů jsou k nahlédnutí na oddělení
- c) Práva pacientů jsem si vyhledal/a sám/a na internetu
- d) Ne, nikdo mě s právy neseznámil

12) Byl/a jste před operačním výkonem informován/a o anestezii?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste v otázce odpověděl/a NE, pokračujte otázkou č. 21

13) Jakou formou jste byl/a o anestezii informován/a? (Můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) Ústně
- b) Písemně
- c) Ústně i písemně
- d) Opatřil/a jsem si informace na internetu
- e) Jinou (uveďte jakou).....

14) Kdo Vám poskytl informace? (Můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) Lékař – anesteziolog
- b) Obvodní lékař, který mi doporučil operaci
- c) Lékař při přijetí
- d) Ošetřující lékař na oddělení
- e) Anesteziologická sestra
- f) Ošetřující sestra na oddělení
- g) Jiné (uveďte).....

15) Poskytnuté informace o anestezii byly:

- a) Jasně a srozumitelné
- b) Příliš odborné a moc jsem jim neporozuměl/a
- c) Dostačující
- d) Zcela nedostačující

16) Porozuměl/a jste podaným informacím?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

17) Byl/a jste spokojen/a s podáním informací o anestezii před operačním výkonem?

- a) Ano, informace byly vyčerpávající
- b) Ano, informace byly dostačující
- c) Ne, nespokojen/a

18) Byly vám informace o anestezii opakovány? (Můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) Ano, lékařem i sestrou
- b) Byly mi sděleny při přijetí i během hospitalizace
- c) Byly mi sděleny pouze při přijetí
- d) Byly mi sděleny pouze na operačním sále

19) Představil se Vám zdravotnický personál, který Vás informoval?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevzpomínám si

20) Kde Vám byly podány informace o anestezii?

- a) Anesteziologická ambulance
- b) Pracovní lékař
- c) Pracovní sestra
- d) Nemocniční pokoj
- e) Jinde (uveďte prosím kde).....

21) Mohl/a jste si vybrat druh anestezie?

- a) Ano
- b) Ne

22) Byl/a jste informován/a o možných komplikacích z anestezie?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste v otázce odpověděl/a NE, pokračujte otázkou č. 25

23) Obáváte se nějaké možné komplikace z celkové anestezie?

(Pokud nebude Vaše operace v celkové anestezii, neodpovídejte a přejděte na otázku č. 24)

- a) Ano, obávám se
nejvíce.....
- b) Ne, možné komplikace si nepřipouštím
- c) Ne, celková anestezie nemá žádné komplikace

24) Obáváte se nějaké možné komplikace z místní anestezie (znecitlivění určité části těla)?

(Pokud nebude Vaše operace v místní anestezii, neodpovídejte a přejděte na otázku č. 25)

- a) Ano, obávám se
nejvíce.....
- b) Ne, možné komplikace si nepřipouštím
- c) Ne, místní anestezie nemá žádné komplikace

25) Máte obavy ze ztráty vědomí a sebekontroly při anestezii?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne, jsem zcela bez obav

26) Máte obavy, že ucítíte bolest na začátku operačního výkonu?

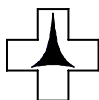
- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne, jsem zcela bez obav

27) Máte ještě nějaké další obavy z anestezie?

- a) Ano (uved'te jaké).....
- b) Ne

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas s podáním anestézie

(2 strany)



INFORMOVANÝ SOUHLAS S PODÁNÍM ANESTÉZIE

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO: 3500

PLATNÁ VERZE: 1.1

PLATNOST OD: 1. 6. 2007

Krajská nemocnice Liberec, ARO, Husova 10, Liberec 1, 46063, tel. 485 312 132, fax 485 101 119

Vážená paní, vážený pane !

V současné době se většina operací a bolestivých vyšetření provádí při znecitlivění (**anestézii**), které zajišťuje odborný lékař – **anesteziolog**. Podle stavu pacienta a druhu operace se může zákrok provést buď v celkové anestézii (narkóze) nebo v místním znecitlivění takzvané epidurální nebo spinální anestézii nebo v místním bloku v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy.

Celková anestézie / narkóza / znamená, že je operace prováděna v řízeném bezvědomí, které je navozeno nitrožilním podáním léků a vdechováním anestetika. Bezbolestnost při místním znecitlivění - **epidurální, spinální nebo jiné svodné anestézii** je zajištěna podáním léku (místního anestetika) do určitého místa těla, kde probíhají nervy inervující operovanou oblast. Místo vpichu může být různě vzdáleno od operačního pole.

Před plánovaným výkonem s Vámi anesteziolog podrobně projedná a navrhne nejvhodnější způsob anestézie pro Váš výkon. Budete seznámeni s výhodami a nevýhodami navrženého typu anestézie a budete informováni o případných možných komplikacích a jejich četnosti. Anesteziolog Vám rád odpoví na všechny dotazy týkající se anestézie a možnosti ovlivnění bolesti v pooperačním období. Podepsaný souhlas pacienta s podáním anestézie je součástí zdravotnické dokumentace, do které máte právo nahlížet.

Místo hospitalizace / oddělení /:

- 1./ Já , r.č.:bydliště:.....
souhlasím s poskytnutím anestézie pro plánovaný operační/diagnostický výkon.
- 2./ Byl /a/ jsem informován /a/ a poučen /a/ lékařem o typu anestézie, která mi bude poskytnuta i o možných rizicích a komplikacích, včetně závažných a život ohrožujících, které mohou při zvoleném typu anestézie nastat.
- 3./ Byl /a/ jsem informován /a/ a poučen /a/, že bez ohledu na použitý typ anestézie je řada obecných rizik a následků, které se mohou vyskytnout /např. bolest v krku, chrapot, nevolnost, zvracení, bolesti svalů, bolesti hlavy, krátkodobé poruchy paměti.../.
- 4/ Byl /a/ jsem informován /a/ a poučen /a/ o specifických rizicích regionální anestézie
- 5/ Byl /a/ jsem informován /a/ poučen /a/, že léky a jiné látky, které užívám, mohou způsobit komplikace během anestézie a chirurgického výkonu. Jsem si vědom /a/, že je v mém zájmu informovat o nich lékaře před plánovaným výkonem.
- 6/ Byl /a/ jsem informován /a/ a poučen /a/, že během anestézie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, která bude vyžadovat překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech postupů k záchraně zdraví a života.
- 7/ Souhlasím s podáním krve a/nebo krevních derivátů, jestliže vznikne důvod během výkonu nebo bezprostředně po něm. Byl /a/ jsem informován /a/ a poučen /a/, že ve výjimečných případech může dojít k určitým komplikacím v důsledku transfúze krve a/nebo krevních derivátů / např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob.../.

Prohlášení pacienta:

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že jsem plně porozuměl /a/ jeho obsahu a měl jsem možnost klást otázky, na které mi lékař řádně a srozumitelně odpověděl. Jsem si vědom /a/ všech rizik uvedených v souvislosti s podáváním anestézie a souhlasím s navrženým typem anestézie. Je to mé svobodné rozhodnutí.

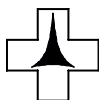
celková anestézie spinální anestézie epidurální anestézie jiná svodná anestézie

Datum:..... Podpis:.....

Prohlášení lékaře:

Já MUDr. Potvrzuji, že pacient byl seznámen s navrhovaným typem anestézie a byl informován o možných komplikacích spojených s podáním anestézie.

Datum:..... Podpis:

**INFORMOVANÝ SOUHLAS S PODÁNÍM ANESTÉZIE**

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO: 3500

PLATNÁ VERZE: 1.1

PLATNOST OD: 1. 6. 2007

Možná rizika spojená s prováděním regionální anestézie (epidurální a spinální anestézie)

- 1/ alergická nebo jiná nežádoucí reakce na léky
- 2/ nervové poruchy (poruchy hybnosti, cití, přechodné poruchy vědomí)
- 3/ křeče
- 4/ poruchy krevního oběhu (zpomalení tepové frekvence, pokles krevního tlaku)
- 5/ bolesti hlavy
- 6/ poruchy močení a stolice (nemožnost se vyprázdnit)
- 7/ infekce (absces – ložisko hnisu v podkoží nebo v páteřním kanálu, zánět mozkových blan)
- 8/ krvácivé poruchy (krevní výron v páteřním kanálu)

Jednotlivé komplikace se vyskytují různě často a jsou různě závažné, podrobné informace o jejich výskytu a závažnosti vám podá na vaše přání lékař - anesteziolog.

Příloha č. 3 – Informovaný souhlas s podáním anestézie dítěti

(2 strany)



INFORMOVANÝ SOUHLAS S PODÁNÍM ANESTÉZIE DÍTĚTI

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO: 3500

PLATNÁ VERZE: 1.1

PLATNOST OD: 1. 6. 2007

Krajská nemocnice Liberec, ARO, Husova 10, Liberec 1, 46063, tel. 485 312 132, fax 485 101 119

Vážení rodiče, vážení zástupci dítěte,

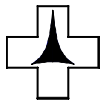
V současné době se všechny operace a bolestivá vyšetření provádí v znecitlivění (**anestézii**) které zajišťuje odborný lékař – **anesteziolog**. Podle stavu vašeho dítěte a druhu operace se může zákrok provést buď v celkové anestézii (narkóze) nebo v místním znecitlivění tzv. epidurální anestézii nebo jiné svodné anestézii v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy.

Celková anestézie / narkóza / znamená, že je operace prováděna v řízeném bezvědomí, které je navozeno nitrožilním podáním léků nebo vdechováním anestetika. Bezbolestnost při místním znecitlivění **epidurální nebo jiné svodné anestézii** je zajištěna podáním léku (místního anestetika) do určitého místa těla, kde probíhají nervy inervující operovanou oblast. Místo vpichu může být různě vzdáleno od operačního pole.

Před plánovaným výkonem s Vámi anesteziolog podrobně projedná a navrhne nejvhodnější způsob anestézie pro Vaše dítě. Budete seznámeni s výhodami a nevýhodami navrženého typu anestézie a budete informováni o případných možných komplikacích a jejich četnosti. Anesteziolog Vám rád odpoví na všechny dotazy týkající se anestézie a možnosti ovlivnění bolesti v pooperačním období. Podepsaný souhlas s podáním anestézie je součástí zdravotnické dokumentace, do které máte právo nahlížet.

Místo hospitalizace / oddělení /:.....

- 1./ Já..... r.č.:bydliště:.....-
rodič, zákonný zástupce dítěter.č.
souhlasím s poskytnutím anestézie mému dítěti pro plánovaný operační/diagnostický výkon.
- 2./ Byl /a/ jsem informován /a/ a poučen /a/ lékařem o typu anestézie, která bude mému dítěti poskytnuta i o možných rizicích a komplikacích, včetně závažných a život ohrožujících, které mohou při zvoleném typu anestézie nastat.
- 3./ Byl /a/ jsem informován /a/ a poučen /a/ ,že bez ohledu na použitý typ anestézie je řada obecných rizik a následků, které se mohou vyskytnout /např. bolest v krku, chrapot, nevolnost, zvracení, bolesti svalů, bolesti hlavy, krátkodobé poruchy paměti.../.
- 4/ Informoval/a jsem anesteziologa o všech lécích, které dítě trvale užívá. Jsem si vědom, že v opačném případě mohou způsobit vážné komplikace během anestézie a chirurgického výkonu
- 5/ Byl /a/ jsem informován /a/ a poučen /a, že během anestézie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, která bude vyžadovat překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech postupů k záchraně zdraví a života mého dítěte..
- 6/ Souhlasím s podáním krve a/nebo krevních derivátů, jestliže vznikne důvod během výkonu nebo bezprostředně po něm. Byl /a/ jsem informován /a/ a poučen /a/, že ve výjimečných případech může dojít k určitým komplikacím v důsledku transfúze krve a/nebo krevních derivátů / např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob.../.

**INFORMOVANÝ SOUHLAS S PODÁNÍM ANESTÉZIE DÍTĚTI**

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO: 3500

PLATNÁ VERZE: 1.1

PLATNOST OD: 1. 6. 2007

Prohlášení pacienta:

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že jsem plně porozuměl /a/ jeho obsahu a měl jsem možnost klást otázky, na které mi lékař řádně a srozumitelně odpověděl. Jsem si vědom /a/ všech rizik uvedených v souvislosti s podáváním anestézie u mého dítěte a souhlasím s navrženým typem anestézie. Je to mé svobodné rozhodnutí.

celková anestézie**spinální anestézie****epidurální anestézie****jiná svodná anestézie**

Datum:.....

Podpis:.....

Prohlášení lékaře:

Já MUDr. Potvrzuji, že pacient nebo jeho zákonný zástupce byl se-
známen s navrhovaným typem anestézie a byl informován o možných komplikacích spojených
s podáním anestézie.

Datum:.....

Podpis:

Příloha č. 4 – Etický kodex Práva pacientů

(2 strany)

PRÁVA PACIENTŮ

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými odborníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření i léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný a to i ve fakultních nemocnicích, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinčních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického či terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Text etického kodexu Práva pacientů formulovala a vyhlásila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky dne 25. února 1992

Zdroj:



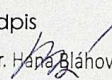

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Lékařská etika. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

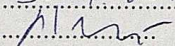
Příloha č. 5 – Protokoly k provádění výzkumu

(4 strany)

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Hušková Martina	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
Všeobecná sestra	209000044	3
Téma práce	INFORMOVANOST PACIENTA O AMESTĚŽII PŘED PLÁNOVÁNÍM OPERAČNÍM VÝKONEM	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	KRAJSKÁ KEMOCNICE LIBEREC a. s. HUSOVA 10, LIBEREC 460 63 Onkochirurgie	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Lenka Plívová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis 	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Mgr. Hana Bláhová 	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Mgr. J. Kohnoutová 	
Datum zahájení výzkumu	PROSINEC 2012	
Datum ukončení výzkumu	LEDEN 2013	
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)	13	
Poznámka:		

v Liberci dne 30.4.2013






PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Husková Martina	
Studijní obor	Osobní číslo studenta 209000044	Ročník 3.
Téma práce	INFORMOVANOST PACIENTA O ALTERNATIVĚ PŘED PLÁNOVANÝM OPERAČNÍM VÝKOLEM	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	KRÁSKA NEMOCNICE LIBEREC a.s. HUSOVA 10, LIBEREC 460 63 Spinalní jednotka	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Lenka Plíková	
Vydání vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Mgr. Jana Bláhová	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	PROSINEC 2012	
Datum ukončení výzkumu	LEZEN 2013	
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)	18.	
Poznámka:		

V Liberci dne 30.4.2013

podpis studenta





PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Hušková Martina	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
Všeobecná sestra	209000044	3.
Téma práce	INFORMOVANOST PACIENTA O ANESTEZII PŘED PLÁNOVANÝM OPERAČNÍM VÝKONEM	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	KRAJSKÁ KEMOLNICE LIBEREC a.s. HUSOVA 10, LIBEREC 460 63 Kardiologie	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Lenka Plíková	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Mgr. Jana Bláhová	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Jana Plachá Všeobecná sestra Kardiologické centrum	
Datum zahájení výzkumu	PROSINEC 2012	
Datum ukončení výzkumu	LEDEN 2013	
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)	19	
Poznámka:		

v Liberci dne 30. 4. 2013

.....

podpis studenta





PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Husková Martina	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
Všeobecná sestra	209000044	3.
Téma práce	INFORMOVANOST PACIENTA O ALTERNATIVĚ PŘED PLÁNOVANÝM OPERAČNÍM VÝKEM	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC a.s. HUSOVA 10, 460 63 Všeobecná chirurgie	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Lenka Plívová	
Vyřídění vedoucího práce	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	podpis <i>Plm</i>	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>Plm</i>
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis Mgr. Hana Bláhová <i>Hm</i>
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>Mgr. KOHOUTOVÁ</i>
Datum zahájení výzkumu	PROSINEC 2012	
Datum ukončení výzkumu	LEDEN 2013	
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)	50	
Poznámka:		

v Liberci dne 30.4.2013

Plm

podpis studenta



SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů.....	51
Tabulka č. 2 – Věk respondentů.....	52
Tabulka č. 3 – Vzdělání respondentů	53
Tabulka č. 4 – Názor na pojem celková anestézie.....	54
Tabulka č. 5 – Názor na pojem spinální anestézie.....	55
Tabulka č. 6 – Prodělání anestézie.....	56
Tabulka č. 7 – Počet prodělaných anestézií.....	57
Tabulka č. 8 – Poskytnuté informace o typu anestézie.....	58
Tabulka č. 9 – Doba nástupu do nemocnice na provedení operačního výkonu.....	59
Tabulka č. 10 – Podepsání informovaného souhlasu o provedení anestézie.....	60
Tabulka č. 11 – Seznámení s etickým kodexem Práva pacientů	61
Tabulka č. 12 – Informovanost o anestézii před operačním výkonem.....	62
Tabulka č. 13 – Způsob informovanosti o anestézii.....	63
Tabulka č. 14 – Informace o anestézii poskytl.....	64
Tabulka č. 15 – Hodnocení poskytnutých informací.....	66
Tabulka č. 16 – Míra porozumění podaným informacím.....	67
Tabulka č. 17 – Spokojenost s informovaností.....	68
Tabulka č. 18 – Opakování informací.....	69
Tabulka č. 19 – Představení se zdravotnického personálu.....	70
Tabulka č. 20 – Místo podání informací.....	71
Tabulka č. 21 – Možnost zvolení druhu anestézie.....	72
Tabulka č. 22 – Informovanost o možných komplikacích z anestézie.....	73
Tabulka č. 23 – Obavy z možných komplikací z celkové anestézie.....	74
Tabulka č. 24 – Obavy z možných komplikací z místní anestézie.....	75

Tabulka č. 25 – Obavy ze ztráty vědomí a sebekontroly při anestézii.....	76
Tabulka č. 26 – Obavy z bolesti na začátku operace.....	77
Tabulka č. 27 – Další obavy z anestézie.....	78

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů.....	51
Graf č. 2 – Věk respondentů.....	52
Graf č. 3 – Vzdělání respondentů.....	53
Graf č. 4 – Názor na pojem celková anestézie.....	54
Graf č. 5 – Názor na pojem spinální anestézie.....	55
Graf č. 6 – Prodělání anestézie.....	56
Graf č. 7 – Počet prodělaných anestézií	57
Graf č. 8 – Poskytnuté informace o typu anestézie.....	58
Graf č. 9 – Doba nástupu do nemocnice na provedení operačního výkonu.....	59
Graf č. 10 – Podepsání informovaného souhlasu o provedení anestézie	60
Graf č. 11 – Seznámení s etickým kodexem Práva pacientů	61
Graf č. 12 – Informovanost o anestézii před operačním výkonem.....	62
Graf č. 13 – Způsob informovanosti o anestézii.....	63
Graf č. 14 – Informace o anestézii poskytl.....	65
Graf č. 15 – Hodnocení poskytnutých informací.....	66
Graf č. 16 – Míra porozumění podaným informacím.....	67
Graf č. 17 – Spokojenost s informovaností.....	68
Graf č. 18 – Opakování informací.....	69
Graf č. 19 – Představení se zdravotnického personálu.....	70
Graf č. 20 – Místo podání informací.....	71
Graf č. 21 – Možnost zvolení druhu anestézie.....	72
Graf č. 22 – Informovanost o možných komplikacích z anestézie.....	73
Graf č. 23 – Obavy z možných komplikací z celkové anestézie.....	74
Graf č. 24 – Obavy z možných komplikací z místní anestézie.....	75

Graf č. 25 – Obavy ze ztráty vědomí a sebekontroly při anestézii.....	76
Graf č. 26 – Obavy z bolesti na začátku operace.....	77
Graf č. 27 – Další obavy z anestézie.....	78
Graf č. 28 – Poměr respondentů v závislosti na době nástupu před zákrokem	80
Graf č. 29 – Obavy z komplikací z anestézie.....	83